Rok LII. Kraków, dnia 15. listopada 1913 Nr 46

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

JUBILACI WARSZAWSCY.

Potęgę wpływu, wywartego przez Szkołę główną warszawską, żywotność i płodność wszczepionych przez nią ideałów, odźwierciedlają najwymowniej czyny, których była macierzą, owoc, który społeczeństwo zbiera z pracy jej wychowańców.

Oto mija lat czterdzieści, jak garstka młodzieży, która rozpoczęła naukę pod skrzydłami tej Szkoły, opuszczała mury Uniwersytetu warszawskiego, unosząc w duszach tchnienie wielkich myśli, które i mistrzów i uczniów Szkoły głównej warszawskiej ożywiały. Czekało tę garstkę zadanie niezwykle trudne i niezwykle odpowiedzialne: miała ona w naród, odrętwiały jeszcze po strasznych ciosach, wnieść nowe życie, rozbudzić ruch w martwym niemal ogromie, niecić jasne płomienie z ledwo tlejących pod popieliskiem iskierek.

To zadanie, przerastające, zdawałoby się, siły nietylko szczupłej garstki niedoświadczonej młodzieży, ale nawet zwartego i licznego zastępu wypróbowanych pracowników społecznych, widzimy — wykonane.

Poczęty z młodzieńczego zapału, rosnąc w tajemniczej głębi niespożytych źródlisk niezniszczalności narodu, wypełnił się znowu w dziejach naszych przedziwny cud wcielenia wiary i nadziei.

Wśród kończących studya uniwersyteckie w Warszawie w r. 1873 było dwudziestu kilku lekarzy. Nie zawiodła się na żadnym z nich Szkoła główna; w twardej służbie dla społeczeństwa szli wszyscy krokiem pewnym i mocnym, szli jako przodownicy. Co rozpoczął bujny wiek młodzieńczy, to budowała dalej wytrwałość mężów, to kończą w oczach naszych spracowane, ale nie znużone długim trudem ręce. A każdy z tego grona, gdziekolwiek go rzuciły losy, w jakimkolwiek kierunku pracy pociągnęły go zdolności i zamiłowania, zapisał się w sercach współobywateli, w pamięci potomnych, w dziejach naszego ruchu umysłowego i społecznego zaszczytnie i trwale.

Przed tygodniem zbiegły się ze wszystkich naszych dzielnic wyrazy hołdu i podzięki za działalność naukową, dydaktyczną i humanitarną jednego z przedstawicieli tego zasłużonego zastępu. Dziś drugi takiż święci się w Warszawie jubileusz.

Mikołaj R e j c h m a n przysporzył nauce lekarskiej w ważnym dziale medycyny wewnętrznej cały szereg cennych zdobyczy, które jego nazwisko uczyniły głośnem poza granicami kraju i zapewniły w tym dziale zaszczytne miejsce dla nauki polskiej na arenie wszechświatowej. Urodzony w Warszawie 28 grudnia 1851, ukończywszy tamże szkoły średnie i nauki uniwersyteckie, wyjechał po studyach w Paryżu w roku 1874 do Irkucka, gdzie zrazu był lekarzem okręgowym, potem starszym lekarzem więziennym. W tym już czasie rozpoczął działalność naukową szeregiem publikacyi w zachodnio-syberyjskiem Towarzystwie lekarskiem. W r. 1880 wyjechał znów na studya zagranicę, a od r. 1881, osiadłszy w Warszawie, ogłaszać zaczyna nader cenne spostrzeżenia i badania z zakresu chorób narządu trawienia, po polsku (głównie w »Gazecie lekarskiej« i »Medycynie«), oraz po niemiecku. Wśród nich poważne miejsce zajmują monograficzne dzieło p. t. »Niestrawność« (1882), oraz »Nauka o chorobach narządu trawienia« (1890).

Badaniami swemi przyłożył się obok Gluzińskiego i Jaworskiego znakomicie do rozwoju tego działu medycyny, który wogóle w Europie wtedy dopiero wykształcać się poczynał jako osobna gałąź. Wśród przedstawicieli tej gałęzi u nas zajął nader wybitne miejsce; po utworzeniu się w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem Sekcyi gastrologicznej obrany został jej prezesem i znakomicie ją do dziś prowadzi; bierze również nader czynny udział w zawiązaniu i pracach warszawskiego Komitetu badania i zwalczania raka.

Prace Rejchmana wzbogaciły naukę w trzech przedewszystkiem kierunkach. W dziale nauki o chorobach żołądka wyodrębnił Rejchman sokotok żołądkowy (1882—1886), zwany w piśmiennictwie do dziś chorobą Rejchmana, opracował ściśle sprawę przepłukiwań żołądka (1883), zbadał bezpośredni wpływ głównych środków leczniczych, używanych w chorobach żołądka (1887—1894) i ustalił symptomatologię niedomogi wydzielniczej (1897). W dziale patologii jelit jeden z pierwszych ocenił doniosłe znaczenie badania wydalin (1884) i opracował sprawę biegunek przewlekłych (1889) i zaparcia (1900). Wreszcie cenne przyczynki zawdzięcza mu dział chorób dróg żółciowych (1891—1903). W ostatnich czasach zajmowało Rejchmana zagadnienie leczenia wrzodu żołądka (1904—1911) i rak tego narządu (1904, 1907). Łącznie z publikacyami, dotyczącemi innych działów nauki o chorobach trawienia, dochodzi liczba prac Rejchmana do 40, uczniowie zaś jego ogłosili z jego ambulatoryum i prywatnej pracowni 26 prac.

W gronie Jubilatów niema ani jednego, któryby pracą i zasługą nie zdobył sobie prawa do uznania i wdzięczności społeczeństwa.

Niezwykłe życia koleje przeszedł najstarszy z nich, dobrze na kartach piśmiennictwa lekarskiego polskiego zapisany, Teodor Boryssowicz, wybitny ginekolog, którego pierwszorzędnemu talentowi, oryginalności pomysłów i głębokiej, samodzielnie zdobywanej wiedzy zawdzięcza ten dział medycyny u nas poważne postępy. Urodzony 28 listopada 1843 w Trockiem na Litwie, przeszedłszy gimnazyum w Witebsku i Słucku, w r. 1862 zapisał się na Wydział matematyczny w Petersburgu. Stamtąd pospieszył w r. 1863 w strony rodzinne, walczyć o wolność Ojczyzny. Po półtorarocznem więzieniu zesłany do gubernii permskiej, wrócił z wygnania dopiero w r. 1867 do kraju, gdzie w następnym roku rozpoczął studya lekarskie w Szkole głównej. Zaraz po jej ukończeniu stanął w czasie cholery na niebezpiecznym posterunku lekarskim w Skierniewicach. Po wygaśnięciu epidemii został ordynatorem w Instytucie położniczym, potem kształcił się w chirurgii w szpitalu św. Rocha na oddziale Kruszewskiego i w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Krajewskiego. Nie mając własnego warsztatu pracy szpitalnej, stwarza w r. 1890 wraz z gronem kolegów zakład ginekologiczny i rozwija w nim niepospolitą działalność.

Na polu przedewszystkiem dydaktycznem i humanitarnem położył zasługi dermatolog Teofil Żera. Urodzony 12 marca 1848 w ziemi Łomżyńskiej, przebywszy nauki w Warszawie, był zrazu nadetatowym ordynatorem uniwersyteckiej kliniki terapeutycznej, od r. 1877 ordynatorem kliniki chorób wenerycznych. W r. 1884 zdobywa pierwszeństwo na konkursie na stanowisko etatowego ordynatora tegoż działu w szpitalu św. Łazarza, w którym w r. 1909 mianowany zostaje starszym ordynatorem. Tutaj pod jego okiem kształci się cały zastęp młodzieży lekarskiej. Oprócz kilku rozpraw oryginalnych i współudziału w opracowaniu obszernego dzieła »Wykład chorób wenerycznych« (Warszawa 1874) był czynny jako wieloletni sprawozdawca »Rocznika medycyny polskiej« Rogowicza. W warszawskiem Towarzystwie dobroczynności zasłużył się około rozwoju Wydziału lekarskiego, przez lat kilka pracując w nim na stanowisku prezesa.

Na polu piśmienniczem w zakresie lekarskim czynnych było z niemałym pożytkiem naszej literatury kilku jeszcze z dzisiejszych Jubilatów warszawskich. Wśród nich do najpracowitszych na tem polu należy Feliks Arnstein. Ur. w Warszawie w r. 1849, ukończywszy tam nauki gimnazyalne i Wydział lekarski i przeszedłszy praktykę szpitalną, osiadł w Kutnie, gdzie praktykował przez lat 34, od r. 1894 zjeżdżając latem do Ciechocinka. W r. 1907 przeniósł się do Warszawy, gdzie bierze żywy udział w życiu społeczno-lekarskiem. Oprócz przeszło 60 rozpraw i spostrzeżeń klinicznych, ogłaszanych w »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Kronice lekarskiej«, »Zdrowiu» i «Czasopismie lekarskiem«, wyszło z pod pracowitego jego pióra mnóstwo prac sprawozdawczych z zakresu medycyny wewnętrznej w »Kronice lekarskiej«, której przez lat szereg był stałym członkiem redakcyi. Gorliwa jego praca zjednała mu godność członka honorowego Towarzystwa lekarskiego w Łodzi.

Nie zaniedbując pracy naukowej, czy to w zakresie sprawozdawczym, czy w postaci odczytów i komunikatów w Towarzystwach lekarskich, trzech z pomiędzy absolwentów warszawskiego Wydziału lekarskiego z r. 1873 poświęciło się przedewszystkiem ciężkiemu zawodowi lekarza praktycznego, zdobywając sobie wdzięczność szerokich kół społeczeństwa, a szacunek i uznanie kolegów. Są nimi Jan Muszalski, ur. w r. 1852 w Łomży, praktykujący w Birsztanach, a potem w Kownie, gdzie Towarzystwo lekarskie miejscowe powierzyło mu swe przewodnictwo; Paweł Sieragowski z ziemi Lubelskiej, który po kilkoletnich studyach w Wiedniu, prowadził zrazu szpital w Prasnyszu, potem był ordynatorem kliniki chorób skórnych w Warszawie, a następnie poświęcił się dermatologii; Aleksander Sobolewski, warszawianin, ur. w r. 1852, przez czas dłuższy lekarz wojskowy, gorliwy współpracownik działu sprawozdawczego »Kroniki lekarskiej«. Zaszczytne i wymowne imię »lekarza filantropa«, oddanego całem sercem i świadczącego niezliczone dobrodziejstwa biedakom, zamieszkującym przedmieście Wola pod Warszawą, zdobył sobie Antoni Aleksander Wejssel, warszawianin, ur. w r. 1849, ordynator szpitala Wolskiego od jego założenia i lekarz sal zarobkowych im. Staszica, który w piśmiennictwie zabierał głos kilkakrotnie w sprawach społeczno-higienicznych (w »Zdrowiu«).

Dwaj z Jubilatów-lekarzy zdobyli sobie zaszczytne imię w innych działach nauk. Henryk Dziedzicki, ur. 15 lipca 1847 w Warszawie, obok wykonawstwa lekarskiego poświęcił się naukom przyrodniczym. Gorliwie je studyując pod kierunkiem Wagi, Wrześniowskiego, Dybowskiego, Wańkowicza, Taczanowskiego i Sznabla, wyjechał zaraz po ukończeniu Wydziału lekarskiego z wyprawą naukową hr. St. Branickiego do Afryki, skąd przywiózł bogate zbiory przyrodnicze dla gabinetu zoologicznego w Warszawie. Od r. 1874 praktykując w Warszawie, cały czas wolny poświęcił entomologii, wprowadzając nową metodę badań do systematyki tego działu i ogłaszając szereg cennych prac w »Pamiętniku fizyograficznym«, »Entomologische Zeitung« i w rozprawach Akademii w Halle oraz Petersburgu. Prócz tego wydał kilka rozpraw z zakresu medycyny.

W kołach historyków i wśród wykształconego ogółu polskiego zdobył sobie szeroki rozgłos i wielkie uznanie Dr Józef Bieliński, najpracowitszy może ze współczesnych polskich pracowników na niwie dziejopisarskiej. Liczba, rozmiar i jakość jego prac są wprost zdumiewające, zwłaszcza, gdy się zważy warunki, w których ich dokonał, najczęściej przebywając zdala od środowisk ruchu umysłowego, bez dostępu do środków pomocniczych, do publicznych bibliotek, gdy się zważy rozległość, źródłowość i systematyczność jego badań, a obok tego gdy się uprzytomni równoczesną ciężką pracę w zawodzie lekarskim. Urodzony 23 marca 1848 na Kujawach, po ukończeniu szkół średnich we Włocławku i w Warszawie, gdzie również studyował medycynę, przebywał Dr Bieliński na stanowiskach lekarza miejskiego, górniczego i wojskowego kolejno w Kałuszynie gub. warszawskiej (1873), w gubernii wiackiej (1874—1880), w Wilnie (do 1892), w Olicie nad Niemnem (do 1897), w Turkmenii (do 1901), a dopiero w końcu w Warszawie. Liczba jego publikacyi historycznych przekracza znacznie setkę; wyszły one drukiem w trzydziestu przeszło czasopismach i wydawnictwach zbiorowych, oraz jako osobne dzieła, wśród których są rzeczy tak fundamentalne, jak trzytomowy »Uniwersytet wileński, 1577—1831« (Kraków 1900), dwutomowy »Żywot ks. Adama Jerzego Czartoryskiego« (Warszawa 1905), trzytomowy, obejmujący 2500 stronnic, »Królewski Uniwersytet warszawski 1816—1831« (Kraków 1907). Dr Bieliński jest członkiem Towarzystw historycznych we Lwowie i w Krakowie, Towarzystwa przyjaciół nauk w Wilnie, jednym z założycieli Towarzystwa naukowego warszawskiego, współpracownikiem trzech komisyi Akademii Umiejętności, członkiem honorowym Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu i Towarzystw lekarskich w Warszawie, Krakowie i Wilnie. Daje to miarę uznania, jakie otacza jego działalność naukową.

Z wyrazem hołdu i wdzięczności, składanym Czcigodnym Jubilatom ze wszech stron, łączy się całem sercem »Przegląd lekarski«. A dodaje życzenie, które tym Szkoły

głównej, Macierzy swej Synom nieodrodnym, może nie będzie niemiłe: by ci, dla których Oni ocalili świętą tej Szkoły spuściznę, by Ich wychowańcy i następcy, mogli w dniu Ich złotych z nauką i pracą godów stanąć przed Nimi ze wzniesionem czołem i tak, jak Oni dziś, mieć prawo powiedzieć: »Diem non perdidi«. c.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Mnogie przerzutowe ropnie w wątrobie, powstałe w toku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Przerzutowe ropnie, powstające w wątrobie, jako dalsze następstwo spraw ropnych w rozmaitych narządach jamy brzusznej, nie należą wogóle do zjawisk częstych. Względna ich rzadkość uwydatni się bardzo dobitnie, jeźli z jednej strony postawimy ropne zapalenia pierwotne, a z drugiej przerzuty w wątrobie. I tak n. p. nie mamy w latach 1911 i 1912 w rocznych zestawieniach ruchu chorych na oddziale chorób wewnętrznych w Sarajewie ani jednego przypadku ropnia wątroby, a znajduje się cały szereg tych chorób, o których wiemy, że wywoływać mogą przerzuty w wątrobie.

Na podstawie mojego osobistego doświadczenia uważam przewlekłą czerwonkę za najczęstszą przyczynę ropnych przerzutów w wątrobie. Najwidoczniej obecność licznych owrzodzeń czerwonkowych sprzyja przedostawaniu się materyału zakaźnego do żył, tworzących część układu naczyniowego żyły wrotnej. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że także ostre zapalenia wyrostka robaczkowego, dające powód do powstawania otorbionych ropni w otoczeniu kiszki ślepej, prowadzić powinny przynajmniej w tym samym stopniu, co czerwonka, do tworzenia się ropnych przerzutów w wątrobie. W rzeczywistości dzieje się jednak inaczej. Pomimo, że rokrocznie mam sposobność spostrzegać na moim oddziale wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w różnym okresie choroby, nie widziałem dotychczas ani jednego przypadku ropnia przerzutowego w wątrobie, stojącego w związku z tem zapaleniem. Po części możnaby to tłomaczyć tym faktem, że chorych operuje się obecnie zasadniczo zawsze i w ten sposób usuwa się pierwotne ognisko ropne. Niema więc poniekąd czasu do powstawania przerzutów. Znam jednak takie przypadki, w których ropnie, powstałe skutkiem zapalenia wyrostka robaczkowego, najrozmaiciej usadowione, trwały bardzo już długo, gdzie w niektórych z nich doszło do rozległego zapalenia otrzewnej, a mimo to nie powstały ropne przerzuty w wątrobie. Wobec tego nabrać trzeba przekonania, że warunki powstawania przerzutów ropnych w wątrobie są w tych wszystkich przypadkach niekorzystne. Tembardziej więc zasługuje na uwagę przypadek, spostrzegany niedawno na moim oddziale, objaśniony nadto badaniem pośmiertnem, z wieloogniskowem ropnem zapaleniem wątroby, powstałem w toku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nikola R., 23-letni pomocnik handlowy z Trebinje w Hercegowinie, przyjęty na oddział 8. czerwca 1913.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się ostro przed 4 tygodniami bólami w brzuchu, wymiotami i biegunką. Od początku była gorączka. Po kilku dniach nastała niedługa zresztą poprawa, po której pojawiły się znowu przypadłości brzuszne i stan gorączkowy. Przebieg ciepłoty był nieregularny, od czasu do czasu miewał chory lekkie dreszcze, w ostatnich dniach zaczęły się pojawiać obfitsze poty. Ten przewlekający się przebieg skłonił chorego do podróży do Sarajewa i szukania pomocy w tutejszym szpitalu.

Badanie, wykonane 8, VI. rano, wykazało, co następuje: Chory, średniego wzrostu, miernie zbudowany, o skórze bardzo bladej, sprawia już na pierwszy rzut oka wrażenie ciężkiego schorzenia. Rysy twarzy zapadłe, czoło obficie potem okryte, język wilgotny, miernie obłożony. W narządach klatki piersiowej ważniejszych zmian niema Brzuch raczej płaski, jedynie tylko nadbrzusze po stronie prawej podnosi się ponad poziom reszty brzucha. Powłoki brzuszne w tem miejscu silnie napięte, a mierny nawet ucisk sprawia choremu ból. Wątroby wobec napięcia mięśni wymacać nie można. Obszar stłumienia wątrobnego znacznie większy od prawidłowego. W linii sutkowej rozpoczyna się stłumienie na górnym brzegu szóstego żebra i sięga koło 6—7 cm poniżej łuku żebrowego, w linii środkowej ciała dochodzi do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Przy głębokim wdechu przesuwają się granice stłumienia, a po ułożeniu dłoni na największej wypukłości w nadbrzuszu prawem stwierdzić można, że wypukłość ta zmienia nieco swoje położenie w czasie głębokiego oddychania. Najwidoczniej należy ona do wątroby. Brzegu śledziony dokładnie obmacać nie można; stłumienie znacznie jest większe od prawidłowego. Całe podbrzusze miernie napięte, przy ucisku bolesne, bolesność nie jest nigdzie dokładnie umiejscowiona, powstaje tak w chwili ucisku, jak też i w chwili nagłego zwolnienia. Badanie przez kiszkę stolcową jest również połączone z bólem dla chorego. Przy obmacywaniu zatoki Douglasa stwierdzić można rozlany, dość miękki, elastyczny obrzęk; cała ta okolica jest bardzo bolesna.

Mocz o ciemnej barwie nie zawiera białka ani cukru, natomiast znaleziono mniejszą ilość chlorków i znaczne powiększenie indykanu.

Ciepłota ciała wahała się w czasie kilkonastogodzinnego pobytu chorego na oddziale między 37·6 a 39·5° C., liczba tętna między 100 a 120.

Rozpoznanie choroby nie przedstawiało wobec wyniku badania znaczniejszych trudności. Zasadniczo rzecz biorąc, przedstawiała się cała sprawa, jako schorzenie septyczne, względnie ropnicze. Przy rozważaniu pochodzenia ropnicy trzeba było zwrócić się odrazu do wątroby i tam szukać źródła ropienia, a mianowicie w samym miąższu wątrobnym. O schorzeniu dróg żółciowych nie można było myśleć z tego powodu, że brakowało zupełnie objawów zatrzymania odpływu żółci.

Rozpoznając obecność ropnia w wątrobie, trzeba było określić równocześnie i jego pochodzenie, względnie wykryć pierwotne ognisko ropne. W tym kierunku dostarczyło dostatecznych wskazówek badanie kiszki stolcowej.

Rozpoznanie opiewało więc w całości: Septicopyaemia ex abscessu metastatico hepatis post appendicitidem.

Leczenie w tym przypadku mogło być tylko czysto chirurgiczne. Brak objawów ogólnego zapalenia otrzewnej, względnie dobry stan ogólny chorego i młody wiek jego czyniły prawdopodobnem, że zabieg operacyjny może się powieść. Po przedstawieniu tego stanu rzeczy choremu przeniesiono go za jego zgodą zaraz tego samego dnia na oddział chirurgiczny. Do wykonania rękoczynu niestety jednak nie doszło Chorego zwrócono dnia 12. VI. na oddział wewnętrzny. Stan jego był w tej chwili już beznadziejny. Przy badaniu znaleźliśmy wszystkie objawy ropnego zapalenia otrzewnej, powstałego po przebiciu się ropnia. Chory zmarł 13. VI.

Badanie anatomiczne zwłok (prosektor radca rządu Dr Wodyński) potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne. W protokole sekcyjnym zapisano: W jamie brzusznej znajdują się wszystkie znamiona świeżego ropnego zapalenia otrzewnej. Punkt wyjścia dla tego zapalenia tworzy starszy ropień, wychodzący z okolicy kiszki ślepej i zajmujący całą zatokę Douglasa. Ściany ropnia tworzą w części blaszki otrzewnej, w części zaś kiszka ślepa i pętle jelita cienkiego. Otrzewna, tworząca ściany ropnia, jest niejednostajnie zgrubiała, barwy brudno-brunatnej, pozrastana z otoczeniem. Ściana ropnia jest w jednem miejscu przedarta, przez co ropień łączy się bezpośrednio z jamą brzuszną. Dalsze badanie wykazuje, że z wyrostka robaczkowego pozostała tylko nieznaczna część, reszta została zniszczona przez ropienie. Ta pozostała część sterczy do jamy ropnia. Wątroba, niejednostajnie powiększona, okazuje na powierzchni płatu prawego szereg płaskich wyniosłości, sięgających rozmiarami wielkości pięciokoronówki. Po przekrojeniu prawego płatu wątroby widać bardzo liczne ropnie. Niektóre z nich zlewają się już ze sobą. Ciężar wątroby wynosi $2^1/_2$ kg. Śledziona powiększona, miąższ jej miękki.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało: Appendicitis ulcerosa cum destructione maximae partis processus vermiformis subsequente perityphlitide putrido-purulenta circumscripta chronica, usque ad cavum Douglasi extensa, sub finem rupta subsequente peritonitide purulenta diffusa acutissima. Abscessus metastatici plures lobi dextri hepatis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis, hepatis et renum.

Cały ten przypadek tak jest jasny, że wszelkie uwagi o nim wydają mi się zbyteczne. Ograniczymy się tylko do podkreślenia obecności całego szeregu mniejszych i większych ropni w wątrobie, jako tego szczegółu, który świadczy z jednej strony o przerzutowem ich pochodzeniu, z drugiej zaś o tem, że trwały one niedługo. Ze stanowiska zaś klinicznego podnieśćby można niezwykły przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego i takie ugrupowanie objawów choroby, że w miejscu zamieszkania chorego nie można było rozpoznać jej należycie. Przy tej sposobności niech mi wolno będzie zaznaczyć doniosłość badania przez odbytnicę, które, o ile sądzić mogę, nie jest niestety tak powszechnie oceniane, jak na to zasługuje.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Zastosowanie lecznicze benzolu w białaczce

napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

Na uwagę zasługuje przypadek Jespersena, dotyczący 32-letniego wieśniaka, chorego na białaczkę, u którego w ciągu roku zastosowano za pierwszym razem 61 naświetleń promieniami Röntgena i leczenie arsenem, a za drugim razem 35 naświetleń promieniami Röntgena. Pod koniec leczenia ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ 2,060.000, a białych 240.000, przyczem myelocyty stanowiły 65 %. Śledziona sięgała do spojenia łonowego i przekraczała na prawo linię środkową brzucha. Ciepłota ciała wynosiła 40·5° C. Wobec ujemnego wyniku podano choremu benzol w ilości dziennej od 1·5—3 gr. Po wyżyciu 46 gr., w dniu 18. leczenia można było zauważyć ogólną poprawę tak co do sił, jak i co do obrazu hematologicznego; jedynie tylko krew była mniej krzepliwą. W dniu 18. wystąpił bardzo silny krwotok z błony śluzowej policzka lewego i dziąseł obu szczęk po stronie lewej. Leczenie benzolem na razie przerwano na 11 dni, poczem znów na nowo przez 32 dni chory zażywał 25 gr. diennie benzolu (w całości wyżył 97 gr.). Chory czuł się dobrze. We krwi ilość krwinek czerwonych podniosła się w 1 mm³ do $3^1/_2$ mil., a krwinek białych obniżyła się do 5.000, przyczem odsetek myelocytów również spadł do 29%. Obrzęki ustąpiły; wątroba i śledziona zmniejszyły się; ciepłota ciała była prawidłowa, ogólny stan sił zadowalniający. Wobec tego podawano nadal benzol w ilości 5 gr. dziennie. Naówczas ciepłota ciała zaczęła się wzmagać i dochodzić do 40° C., a ilość krwinek białych podskoczyła w przeciągu 10 dni z 5.000 do 300.000; wątroba i śledziona powiększyły się znaczniej niż pierwotnie; wystąpiły wymioty i krwawienie z błony śluzowej nosa i ust. Chory zmarł w 83. dniu leczenia. W ostatnich 10 dniach przed zejściem śmiertelnem odstawiono benzol. W przeddzień śmierci ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm³ 750.000.

Wobec powyższych spostrzeżeń co do działania benzolu w białaczce uznałem za stosowne podać do wiadomości odnośne wyniki w 2 przypadkach ciężkiej białaczki szpikowej, leczonej na moim oddziale metodą Koranyiego.

I. J. F..... nadstrażnik skarbowy w H. (Galicya), 30 lat liczący, stanu wolnego, prócz zwykłych chorób zakaźnych w dzieciństwie przebytych, miał być zawsze zdrów i tylko w ostatnich kilku latach doznawał po dłuższem chodzeniu uczucia znużenia w łydkach. Od 3 miesięcy zauważył w podżebrzu lewem guz, rosnący coraz bardziej i tamże po zmęczeniu od czasu do czasu tępy ból (który w ostatnich tygodniach silniej występował), tudzież uczucie ziębienia w palcach rąk i nóg. Kiły nie przechodził; dwukrotnie tylko był leczony na trypra. Wywiady co do obciążenia dziedzicznego ujemne. Ojciec zmarł w 54. roku życia na zapalenie płuc, matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20/IX 1912 r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, dobrze odżywiony i zbudowany, o ogólnem wejrzeniu zdrowem. Waga ciała 68 kg. Skóra prawidłowo zabarwiona, bez jakichkolwiek zmian. Gruczoły obwodowe zupełnie prawidłowe (pomimo dokładnego badania nie można nigdzie wykazać gruczołów powiększonych). Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno prawidłowe, 80; Riva-Rocci 125 mm Hg. Na języku i na błonie śluzowej policzka prawego ograniczone zgrubienia białawe (leukoplakia). Brzuch w okolicy podżebrza lewego znacznie wysklepiony i tamże za uciskiem nieco tkliwy. Wątroba prawidłowa. Śledziona bardzo duża, twarda, sięga od 7. lewego żebra poniżej pępka i przekracza linię środkową na prawo. Wymiar podłużny śledziony wynosi 27 cm, a poprzeczny 23 cm. Badanie moczu, dokonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniw. Jagiellońskiego, wyka-

zuje: ilość 1500 cm; c. g. 1·022, przeźroczystość niezupełna, barwa słomkowa, odczyn kwaśny, osad lekko zwiększony. Urochrom, urobilina, indykan: prawidłowe; mocznik, kwas moczowy: prawidłowe; chlorki prawidłowe; fosforany ziem alkalicznych silnie zwiększone, fosforany potasowców dość silnie zwiększone; białko w ilości 0·005%; brak cukru gronowego, acetonu, kwasu aceto-octowego, barwika krwi, barwików żółciowych. W osadzie pod drobnowidem liczne płaskie nabłonki.

Apetyt i sen bardzo dobre, trawienie prawidłowe.

Badanie dna oka, dokonane na oddziale chorób ocznych, dało wynik prawidłowy.

Badanie krwi (3. X) wykazało:

Hemoglobina (Sahli) 66%
ilość krwinek czerwonych 3,200.000
» » białych 330 000
wskaźnik 1·03
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:9·7.

Na preparatach barwionych metodą Jännera i triacidem Ehrlicha stwierdzono:

Limfocyty 3%
neutrofile 49%
eozynowe 4%
bazofilne 3%
myelocyty 41%
neutrofilne 34%
eozynowe 2%
bazofilne 1%
przejściowe 2%
kom. szpikowe 2%

Ciałka czerwone krwi wejrzenia prawidłowego i układają się prawidłowo w ruloniki; skąpe normoblasty.

Wobec tego rozpoznanie kliniczne opiewało: Leukaemia myelogenes.

Choremu podawano benzol (Benzoli puri, ol.-olivarum aa 0.5) w kapsułkach żelatynowych według wskazówek Koranyiego 2—5 gr. dziennie. W ciągu pobytu szpitalnego od 25 IX–9 XI 1912, chory wyżył wogóle 126 gr. benzolu i znosił lek ten bardzo dobrze. W 17. dniu leczenia zauważono zmniejszenie się wymiaru podłużnego śledziony o 4 cm i zmniejszenie się ilości krwinek białych w 1 mm³ z 330.000 na 241.000; myelocytemia jednak utrzymała się w tym samym stopniu, gdyż wynosiła 40%, przyczem stosunek pojedynczych form myelocytów uległ dość znacznym wahaniom. Szczegółowe badanie krwi wykazało 20. V.:

Hemoglobina (Sahli) 63%
ilość ciałek czerwonych 3,000.000
» » białych 241.000
wskaźnik 1·05
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:12·4

Preparaty barwione według Jännera:

Limfocyty 8%
wielojądrzaste neutrofilne 43%
» eozynowe 4%
» bazofilne 5%
myelocyty 40%
neutrofilne 20%
eozynowe 1%
bazofilne 4%
przejściowe 10%
szpikowe 4%
formy Türcka 1%

Krwinki czerwone układały się prawidłowo; skąpe normoblasty. Pod koniec leczenia, t. j. 27. X., śledziona w wymiarze podłużnym zmniejszyła się o 6 cm, a w poprzecznym o 2 cm, natomiast ilość hemoglobiny spadła do 58%; ilość krwinek czerwonych utrzymywała się prawie na tym samym poziomie 3,600.000; toż samo i myelocytemia (40%).

Odnośny rozbiór wykazywał:
Hemoglobina (Sahli) 58%
ilość krwinek czerwonych 3,600.000
» » białych 255.000
wskaźnik 0·8
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:14·06.

Preparaty barwione sposobem Jännera:

Limfocyty 10%
neutrofilne 39%
eozynowe 6%
bazofilne 5%
myelocyty 40%
neutrofilne 18%
eozynowe 4%
bazofilne 2%
przejściowe 9%
kom. macierzyste szpikowe 7%

Krwinki czerwone układały się prawidłowo; liczniejsze normoblasty.

Dnia 6. XI., t. j. w 9 dni po ukończeniu leczenia benzolem, ilość hemoglobiny spadła do 42%, ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm³ 232.000 (myelocytów 40%), krwinek czerwonych 3,600.000; wymiary śledziony prawie takie same. Natomiast prawie w miesiąc od zaprzestania stosowania benzolu, t. j. 22. XI., można było stwierdzić zmianę na lepsze we krwi, gdyż ilość hemoglobiny podniosła się do 78⁰ (Sahli) — ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ wynosiła 4,264.000, ilość krwinek białych 263.200; stosunek krwinek białych do czerwonych jak 1:16·2. Wymiary śledziony nie uległy zmianie; chory czuł się podmiotowo wcale dobrze.

Wogóle pod wpływem zażywania benzolu zmniejszyła się śledziona dość znacznie, bo o 6 cm w wymiarze podłużnym, a o 2 cm w wymiarze poprzecznym, zmniejszyła się ilość krwinek białych (o 100.000) i spadła bardzo ilość hemoglobiny (z 68% na 42%); ilość krwinek czerwonych nie ulegała znaczniejszej zmianie. Należy też podnieść, iż obniżanie się krwinek białych pod wpływem leczenia benzolem było krótkotrwałe, albowiem po przerwie kilkudniowej (5) podawania benzolu ilość krwinek białych rychło się wzmagała do pierwotnego poziomu, a znów rychło opadała przy dalszem stosowaniu tego leku. Ilość moczu codziennie badana wynosiła początkowo na dobę średnio 1.500 cm, a 21·1‰ mocznika, a później 1.400 cm³ i 16‰ mocznika; mocz zrazu zawierał ślady białka, później był zawsze bez białka. Waga ciała spadła nieznacznie, wynosiła 67 kg 500 g.

W lipcu b. r., a więc w 8 miesięcy po opuszczeniu szpitala, zgłosił się do mnie chory ponownie. Naówczas stwierdzić u niego można było znaczne pogorszenie, wyniszczenie znaczne, białkomocz i bardzo znacznego stopnia osłabienie. Badanie wykazało śledzionę do pierwotnych rozmiarów powiększoną, obrzęk wątroby, stan gorączkowy 38·5⁰ C, brak zupełny łaknienia, bóle w żołądku, wymioty, rozwolnienie. Rozbioru krwi nie można było dokonać, gdyż chory nie mógł pozostać w szpitalu z powodu stosunków rodzinnych. Wogóle sprawiał on wrażenie ciężko chorego, jakby w przededniu śmierci. W dniu 24. IX. zakończył życie.

2. F. K..,.. lat 40 licząca, żona wyrobnika z Podgórza (ad Kraków), poprzednio zawsze zdrowa, zauważyła od 3 lat brak miesiączki, równocześnie powiększenie się brzucha z powodu guza w podżebrzu lewem, a od 6 miesięcy ucisk w prawem podżebrzu. Chora w ostatnich miesiącach jest bardzo osłabiona z powodu częstych krwotoków nosowych, doznaje od czasu do czasu przemijających obrzęków na kończynach dolnych; nie rodziła. Wywiady co do dziedziczności ujemne. Przyczyny śmierci ojca podać nie może; matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20. II. b. r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, nędznie odżywiony. Skóra blada. Gruczoły

niektóre w obu pachach powiększone do wielkości orzecha laskowego, twarde, zresztą bez zmian.

Narząd oddechowy bez zmian; liczba oddechów 24 na minutę. Serce prawidłowych rozmiarów. Pierwszy ton nad koniuszkiem z podmuchem; zresztą tony serca czyste. Tętno 90, dość miękkie, regularne; tętnice skroniowe wężykowato pokręcone.

Język wilgotny, nieco obłożony. Brzuch znacznie wysklepiony, zwłaszcza po całej stronie lewej i w podżebrzu prawem, podczas gdy po stronie prawej — i to poniżej wątroby — okazuje zaklęśnięcie. Naczynia żylne na powłokach brzusznych porozszerzane. Wątroba znacznie powiększona, dość twarda, o powierzchni gładkiej i tępym dolnym brzegu. Górna granica wątroby leży w linii sutkowej na 6. żebrze prawem, a dolny jej brzeg sięga w linii środkowej 10 cm powyżej pępka, w linii sutkowej na 6·5 cm, a w linii pachowej przedniej na 8 cm poniżej łuku żebrowego. Śledziona bardzo znacznie powiększona, twarda i wypukla znacznie całą lewą stronę jamy brzusznej. Stłumienie śledzionowe poczyna się w linii pachowej przedniej lewej na 7. żebrze, sięga na dół do spojenia łonowego (symphysis ossium pubis), z tyłu opuszcza się na talerz biodrowy lewy, z przodu dochodzi do pępka. Największy wymiar na poprzek śledziony wynosi 27 cm, a na podłuż 41 cm. Płynu wolnego w jamie brzusznej wykazać nie można. Narząd nerwowy i zmysłowy bez zmian ważniejszych. Sen, trawienie, łaknienie prawidłowe. Badanie moczu, dokonane 22. II b. r. w Zakładzie chemii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazało: Ilość moczu 2.000 cm³; c. g. 1·022; przeźroczystość: lekko mętny; barwa winnożółta; odczyn kwaśny; osad obfity. Urochrom zwiększony, urobilina prawidłowa, indykan silnie zwiększony; mocznik i kwas moczowy prawidłowy; chlorki prawidłowe, fosforany ziem alkalicznych i potasowców silnie zwiększone. Mocz zawiera ślad białka (0·006%); nie zawiera cukru gronowego, acetonu, kw. acetooctowego, barwików krwi i żółci. Pod drobnowidem widoczne: kwas moczowy krystaliczny obfity, nabłonki płaskie w normalnej ilości.

Wynik rozbioru krwi (23. II. 1913) był następujący:

Hemoglobina (Sahli)	45%
ilość krwinek czerwonych	3,680.000
» » białych	390 000
wskaźnik	0·61
stosunek krwinek białych do czerwonych	1:9·4.

Preparaty barwione sposobem Jännera i triacidem:

Limfocyty		2%
wielojądrzaste	neutrofilne	27%
»	eozynowe	3%
»	bazofilne	5%
myelocyty		63%
	neutrofilne	52%
	eozynowe	4%
	bazofilne	4%
	myelocyty	2·5%
	ciałka Türka	0·5%

Barwa i zlepność krwi prawidłowe; krwinki czerwone prawidłowej wielkości i układają się w ruloniki; liczne normoblasty.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: Leukaemia myelogenes. Chorej podano benzol (benzoli puri, olei oliv. āā 0·5) w kapsułkach żelatynowych od 2—5 gr. dziennie w ogólnej ilości 206 gr. Przez cały czas stosowania tego leku chora czuła się zawsze dobrze, o ile dawka dzienna nie przekraczała 3 gr. Przy stosowaniu większej dawki dziennie występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci odbijania benzolem, pieczenia w żołądku i rozwolnienia. Apetyt jednak zawsze był dobry i ogólny stan podmiotowy chorej zupełnie zadowalniający. W moczu, dwukrotnie szczegółowo badanym, można było stwierdzić zwiększenie się nieznaczne ilości białka (0·01%—0·02%), a w osadzie znaczniejszą ilość ciałek wysiękowych i brak kryształków kwasu moczowego; zresztą skład moczu nie uległ poważniejszej zmianie. Ogólna ilość dzienna wahała się od 1.800—2.000 cm³, a ilość mocznika średnio wynosiła 16‰—12‰, zależnie od ilości wydzielanego moczu. Śledziona, wątroba, jak i gruczoły chłonne nie okazywały prawie żadnej zmiany; toż samo i waga ciała utrzymywała się w tym samym stopniu. Natomiast stan sił chorej i wejrzenie zmieniły się bezsprzecznie na lepsze i chora wśród ogólnego polepszenia opuściła szpital 7. V. b. r.

Badanie krwi, wykonane w dniu 31. III. i 2. IV., wykazało:

	31. III.	2. IV.
Hemoglobina (Sahli)	43%	55%
Ilość krwinek czerwonych	3,200.000	3,984.000
» » białych	400.000	440 000
stosunek ciałek białych do czerwonych	1:8	1:9
wskaźnik	0·67	0·6

Preparaty barwione sposobem Jännera:

		31. III.	2. IV.
limfocyty		0·5%	4%
wielojądrzaste	neutrofilne	31%	33%
«	eozynowe	6%	6%
»	bazofilne	6%	6%
	myelocyty	56·5%	51%
	neutrofilne	48%	46%
	eozynowe	4%	2%
	bazofilne	4%	2%
	myeloblasty	0·5%	1%

Barwa i zlepność krwi prawidłowe; nieliczne poikilocyty, liczne normoblasty, skąpe megaloblasty.

Dnia 24. VII. b. r., t. j. w 11 tygodni po opuszczeniu szpitala, miałem sposobność ponownego zbadania chorej. Stan jej przedstawiał się naówczas następująco: Wygląd stanowczo lepszy; odżywienie nieco gorsze. Skóra prawidłowa; błony śluzowe blado różowe. Gruczoły obwodowe niezmienione. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno regularne, dość dobrze napięte, 72 na minutę. Brzuch dość znacznie wysklepiony. Górna granica wątroby w linii sutkowej prawej na 6. żebrze; dolny brzeg wątroby sięga w linii środkowej na 9 cm poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, w linii sutkowej prawej na 5 cm, a w linii pachowej przedniej na 3 cm poniżej łuku żebrowego. Stłumienie śledzionowe rozpoczyna się w linii pachowej środkowej lewej na dolnym brzegu 6. żebra i sięga na 3 cm powyżej grzebienia kości biodrowej lewej (crista ossis ilei) w linii sutkowej lewej, a na 8 cm powyżej spojenia łonowego w linii środkowej; na prawo przekracza linię środkową o 5·5 cm. Największy wymiar podłużny wynosi 42 cm, a poprzeczny 31 cm. Wogóle odnosi się wrażenie, iż w rzeczywistości obrzęk śledziony nie uległ zmniejszeniu, tylko zmieniły się jego wymiary na podłuż i na poprzek. Mocz zachowywał się tak samo. Sen dobry, apetyt nieco gorszy; stan podmiotowy chorej dobry.

Badanie krwi wykazało:

Hemoglobina (Sahli)	46%
ilość krwinek czerwonych	4,348.000
« » białych	260.000
stosunek krwinek białych do czerwonych	1:16·7
wskaźnik	0·53

Preparat niebarwiony: barwa bledsza; zlepność prawidłowa; bardzo nieliczne poikilocyty.

Preparat barwiony sposobem Jännera:

Limfocyty		2%
wielojądrzaste	neutrofilne	46%
»	eozynowe	6%
»	bazofilne	2%
myelocyty		44%

neutrofilne	29%
eozynowe	1%
bazofilne	1½
jednojądrzaste	5%
przejściowe	7%
metamyelocyty	1%

Polichromazya, bardzo nieliczne poikilocyty; brak ciałek czerwonych jądrzastych.

Przypadki nasze pouczają, iż chorzy dotknięci białaczką szpikową mogą znosić benzol w dawkach po 3 gr. dziennie przez kilka tygodni bez objawów znaczniejszego podrażnienia nerek i przewodu pokarmowego. Wydzielanie benzolu z ustroju następuje dość szybko, skoro pomimo podania go chorym w ilości ogólnej 126—206 gr. w czasie leczenia nigdy nie można było zauważyć działania zbiorczego (kumulatywnego) Większe dawki benzolu 5 gr. p. die wywoływały zaburzenia w przewodzie pokarmowym pod objawami zmniejszenia łaknienia, odbijania benzolem, pieczenia w żołądku i biegunki; w razie białkomoczu zwiększały w miernym stopniu ilość białka w moczu. Przypady powyższe ustępowały rychło, skoro dawkę codzienną obniżono do 3 gr.

Pod wpływem zażywania benzolu chorzy odzyskiwali rychło znaczny apetyt, dobry sen, siły i energię życiową; czuli się zdrowi.

Ze względu na skład krwi i na zachowanie się narządów krwiotwórczych w obu przypadkach odmienny wynik. U mężczyzny stwierdzić można było w czasie stosowania benzolu obniżenie się hemoglobiny z 66% na 42% (Sahli) i obniżenie się krwinek białych w 1 mm³ z 330.000 na 232.000; natomiast u kobiety zwiększenie się hemoglobiny z 45% na 55% (Sahli) i zwiększenie się ilości krwinek białych z 390000 na 440000 w 1 mm³. Ilość krwinek czerwonych w obu przypadkach okazywała nieznaczne wahania. Stosunek myelocytów do innych krwinek białych już to prawie w tym samym stopniu się utrzymywał, już to okazywał nieznaczne obniżenie, skoro u mężczyzny na początku i na końcu leczenia benzolem ilość myelocytów wahała się od 41%—40%, a w drugim przypadku u kobiety od 63%—51%. Toż samo i co do pojedynczych postaci krwinek białych znaczniejszej różnicy w obu przypadkach nie można było zauważyć.

Również odmiennie zachowywały się narządy krwiotwórcze. Podczas gdy w pierwszym przypadku u mężczyzny śledziona zmniejszyła się dość znacznie, w drugim przypadku u kobiety (która zażyła większą ilość benzolu) pozostała prawie niezmienioną. Wątroba w obu przypadkach, a gruczoły chłonne pachowe u kobiety nie uległy widocznej zmianie.

Zmniejszenie się ilościowe krwinek białych w czasie stosowania benzolu u chorych na białaczkę nie było trwałe. Po kilku (5) dniach zaprzestania podawania benzolu ilość krwinek białych rychło się wzmagała do pierwotnego poziomu i znów rychło się obniżała, skoro ten lek dalej stosowano.

W kilka (4) tygodni po zaprzestaniu stosowania benzolu u mężczyzny zauważono zmiany bezsprzecznie na lepsze we krwi, gdyż ilość hemoglobiny podniosła się do 78% (Sahli), ilość krwinek czerwonych wynosiła 4 264.000, a białych 263.000 w 1 mm³. Wymiary śledziony i wątroby niezmienione. Atoli po 8 miesiącach chory ten okazywał znów bardzo znaczne pogorszenie pod każdym względem tak dalece, iż należało spodziewać się rychłego zejścia śmiertelnego († 24. IX. b. r.). U kobiety stwierdzić można było po 11 tygodniach zaprzestania leczenia benzolem obniżenie się hemoglobiny z 55% na 46% (Sahli), obniżenie się ilości krwinek białych z 440.000 na 260.000 i wzmożenie się ilości krwinek czerwonych z 3,984.000 do 4,339,000 w 1 mm³; przytem zmniejszyła się i myelocytemia. Czy jednak stan ten dalej się będzie utrzymywać, okaże przyszłość. (2. XI. zgłosiła się chora do szpitala ze znacznem pogorszeniem).

W obu przypadkach pod wpływem stosowania benzolu ustępowała gorączka, zmniejszała się ilość dzienna wydzielanego mocznika, następował spadek nieznaczny wagi ciała.

W o b e c t e g o n i e m o ż e m y u p a t r y w a ć w b e n z o l u ś r o d k a s w o i s t e g o l e c z n i c z e g o d l a b i a ł a c z k i s z p i k o w e j, a l e z g o d n i e z K i r a l y f i m n a l e ż y u t r z y m y w a ć, i ż b e n z o l w y w o ł u j e t y l k o c z a s o w e o b n i ż e n i e i l o ś c i k r w i n e k b i a ł y c h w e k r w i i w y t w a r z a p r z y d ł u ż s z e m z a ż y w a n i u a p l a z y ę u k ł a d u k r w i o t w ó r c z e g o, p r z y c z e m n i e w y w i e r a w y r a ź n e g o w ł y w u n a m y e l o c y t e m i ę, a t e m s a m e m n i e z m i e n i a i s t o t y c h o r o b o w e j b i a ł a c z k i.

Spostrzeżenia kliniczne co do działania benzolu na układ krwiotwórczy zyskały potwierdzenie w doświadczeniach, przedsięwziętych na królikach przez Sellinga i Pappenheima, a na ludziach przez Sohna. Selling podnosi, iż małe dawki benzolu działają drażniąco, a wielkie porażająco na krwinki białe; tożsamo dotyczy poniekąd krwinek czerwonych. Pappenheim wykonywał doświadczenia na królikach i stosował większe dawki benzolu. Po zastosowaniu 2—3 gr. benzolu stwierdzał Pappenheim zawsze ogólne charłactwo i bardzo znaczne zmniejszenie się krwinek białych we krwi; częstokroć w 3 tygodniach następowało zejście śmiertelne u królika. Szpik kostny okazywał po małych dawkach początkującą hyperplazyę, po większych dawkach zanik. Benzol w większych dawkach u królików prawie zawsze działał szkodliwie na komórki miąższu nerkowego i wątroby. W wielu przypadkach, gdzie wytworzyło się znaczne zubożenie co do ilości krwinek białych, znajdowały się pośród rozszerzonych naczyń włosowatych w wątrobie licznie nagromadzone wielojądrzaste »granulocyty«. Te wyniki świadczą, że leukopenia pod wpływem benzolu jest tylko pozorna. Działanie benzolu na krew jest przemijające.

Sohn przeprowadził szereg badań nad przemianą materyi przy leczeniu benzolem u 3 osób, nie okazujących białaczki i w jednym przypadku białaczki szpikowej. Według niego wytwarza się pod wpływem benzolu zmiana w procesie utleniania w ustroju. Korzystny wpływ działania benzolu w białaczce ogranicza się prawie wyłącznie do zmniejszania się ilości krwinek białych we krwi. To zmniejszanie się ilości krwinek białych jest jednak pozorne i nie stanowi właściwie polepszenia się stanu chorobowego. Przychodzi ono do skutku przez to, że krwinki białe gromadzą się w większej ilości w naczyniach włosowatych trzew wewnętrznych, a w mniejszej ilości w naczyniach krwionośnych obwodowych. Do rozpadu krwinek białych nie przychodzi.

Benzol, przez dłuższy czas podawany w większych dawkach, nie jest obojętny w skutkach.

Za okolicznością powyższą przemawiają spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w ostatnim czasie przez Neumanna i Kiralyfiego. Według Kiralyfiego należy zaprzestać leczenia benzolem, skoro ilość krwinek białych spadnie do 25.000 — 20.000 w 1 mm^3 i nie dozwolić, aby ilość ich obniżyła się do granic prawidłowych. W razie zbyt szybkiego obniżania się ilości krwinek białych radzi Kiralyfi wcześnie przerwać podawanie benzolu, gdyż w przeciwnym razie następstwa mogą być nieobliczalne. Na dowód przytacza przypadek z kliniki, dotyczący 18-letniej dziewczyny, chorej od 2 lat na białaczkę. W chwili przyjęcia na klinikę stwierdzić można było 2,100.000 krwinek czerwonych, a 73.000 krwinek białych w 1 mm^3. Myelocyty wynosiły 20%. Śledziona była bardzo powiększona, wypełniała całą lewą połowę jamy brzusznej i przekraczała na prawo linię środkową. Ciepłota ciała wahała się od 39°—40° C. Chora nie znosiła benzolu i dlatego otrzymywała 3 razy dziennie po 2 gr. benzolu w 50 gr. oliwy w postaci lawatywy. Działanie benzolu w danym przypadku wystąpiło bardzo rychło i silnie, gdyż ilość krwinek białych w przeciągu tygodnia więcej niż o połowę spadła (33.000), podczas gdy ilość krwinek czerwonych wzmogła się do 2,240 000. W ciągu 16 dni obniżyła się ilość krwinek białych do 8.000, a więc do granic prawidłowych, a czerwonych podniosła się do 2,700 000. Śledziona widocznie z dnia na dzień się zmniejszała i sięgała dolnym brzegiem na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Chora przestała gorączkować i czuła się podmiotowo tak dobrze, iż zaprzestano podawać nadal benzol. Przypadek też ten uważał Kiralyfi jako świetny wynik leczenia benzolem. Tymczasem spadek ilości krwinek białych dalej postępował i wkrótce dosięgała ilość ich w 1 mm^3 4,200, a nawet 2.800. Wówczas chora dostała silnego krwotoku nosowego, który trwał bez przerwy przez 7 dni i ledwie dał się zatamować. Badanie krwi wykazało w 1 mm^3 1000 krwinek białych, a $1^1/_2$ mil. czerwonych. W 22 dni po odstawieniu benzolu nastąpiło zejście śmiertelne. W dniu śmierci spadła ilość krwinek czerwonych do 960.000, a krwinek białych do 400 w 1 mm^3. Charakterystycznem było, iż brak było myelocytów, a myeloblasty wynosiły zaledwie 3%. Również brak było ciałek czerwonych jądrzastych na dowód, że zdolność odnawiania szpiku kostnego została zupełnie upośledzoną.

Podobnie rzecz się ma w przypadku Neumanna, w którym w przebiegu białaczki pod wpływem benzolu ilość krwinek białych obniżyła się szybko z 56.000 do 5.000. Po odstawieniu benzolu ilość tychże spadła dalej aż do 200. W międzyczasie wystąpił silny krwotok nosowy, a w 39. dniu od zaprzestania stosowania benzolu nastąpiło zejście śmiertelne.

Piśmiennictwo. 1) Selling: Bensol als Leukotoxin. Ziegler's Beiträge. Bd. 51. H. 3. — 2) Koranyi: Die Beeinflussung der Leukämie durch Bensol. Berl. klin. Woch. 1912. Nr 29.— 3) Kiralyfi: Das Bensol in der Therapie der Leukämie. Wien. klin, Woch. 1912. Nr 35. — 4) Todesco: Bemerkungen zur Bensoldarreichung bei Blutkrankheiten. Wiener med. Woch. 1913. Nr 2. — 5) Pappenheim: Zur Bensolbehandlung der Leukämie und sonstiger Blutkrankheiten. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 2. — 6) Neumann: Bensolbehandlung der Leukämie. Therapie der Gegenwart. 1913. Nr 2. — 7) Wachtel: Zur Frage der Bensoltherapie der Leukämie. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 7. — 8) Klein: Die Wirkung des Bensols auf den leukämischen Prozess. Wiener klin. Woch. 1913. Nr 10. — 9) Stern: Die Behandlung der Leukämie mit Bensol. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 10. — 10) Frank Billings: Bensol bei Leukämie. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 26. — 11) Türk: Meine bisherigen Erfahrungen über die Bensolbehandlung der Leukämien verglichen mit den Ergebnissen anderer Methoden. Wien. m. Woch. 1913. Nr 10 u. 11. — 12) Sohn: Uber die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Bensol sammt Bemerkungen über seine Darreichung bei der Leukämie. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 15. — 13) Rössler: Zur Behandlung der Leukämie. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 21. — 14) Rodelius: (Ärztlicher Verein zu Hamburg.) Berl. klin. Woch. 1913. Nr 29. — 15) Kiralyfi: Weitere Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Bensols. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 26. — 16) Kai Jespersen: Ein Fall von bensolbehandelter Leukämie mit eigentümlichem Verlauf. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 27.

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Jaworski: **Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek**. Odczyty kliniczne. Serya XX. Z. 7 i 8.

Długoletnia praca, duże zebrane doświadczenie, dokładna znajomość piśmiennictwa, nasunęły autorowi myśl, by w odczycie klinicznym zebrać wszystko wiadome i przeżyte w sprawie tak żywotnej i ważnej, jak stosunek gruźlicy do ciąży.

Odczyt swój dzieli autor na cztery części. W pierwszej przedstawia rzecz o wpływie okresu płodzenia na gruźlicę; w drugiej omawia sprawę dziedziczenia gruźlicy oraz przenoszenie się jej w małżeństwie; w trzeciej mówi o postępowaniu leczniczem wobec gruźlicy u ciężarnych; w czwartej wreszcie o profilaktyce co do zastępowania osób gruźliczych, oraz o sposobach przerywania ciąży u gruźliczych, względnie o trwałem pozbawieniu płodności.

W każdym rozdziale dał autor wierny obraz wszystkiego, co w danej sprawie napisano, a do tego dodał uwagi, oparte na własnem doświadczeniu i własnej obserwacyi, które streszcza w końcowych wywodach słusznem zdaniem, że nie mamy podstawy, ani ze stanowiska teoretycznego, ani też klinicznego, stawiać zasadę przerywania ciąży jako metody leczniczej gruźlicy. Autor słusznie przeto podnosi myśl ogólnie przodującą w lecznictwie, że leczyć należy chorego, a nie chorobę, że trzeba w każdym przypadku indywidualizować, a nie trzymać się jakichś nieistniejących szablonów leczenia. Dobrowolski.

Dr M. T. Schnirer: **Medizinal-Index und Therapeutisches Vademecum** 1914.

Wśród corocznej powodzi kalendarzy lekarskich, ukazujących się w języku niemieckim, wyróżnia się korzystnie wydawnictwo Schnirera, redaktora »Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift« obfitą i starannie przerobioną treścią przy niewielkiej stosunkowo objętości (556 stron). Wydawnictwo to zjednało sobie przez 16 lat swego istnienia pewną liczbę zwolenników i u nas; dla nich nie obojętną będzie wiadomość o tegorocznych ulepszeniach, polegających na opracowaniu działu kosmetycznego, rozszerzeniu spisu środków leczniczych, pomieszczeniu tabel Prof. Gaertnera, podających stosunek wzrostu i ciężaru ciała, oraz tabel Dr Hahna do obliczania dawki leków według wieku chorego, przerobieniu rozdziału o żywieniu osesków przez Prof. Knöpfelmachera. Część informacyjna wydawnictwa obliczona jest głównie na pożytek lekarzy wiedeńskich. Z.

Dr med. Henryk Nusbaum: **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** (fizyologia, patologia i terapia ogólna, propedeutyka). Warszawa 1913. Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«, str. 473. z portretem i rysunkami w tekście.

Wydanie zbioru prac naukowych jednego autora jest w zakresie piśmiennictwa lekarskiego zdarzeniem rzadkiem,

a u nas wprost wyjątkowem. Wydanie pism Dr Henryka Nusbauma przez »Gazetę lekarską« jest hołdem wdzięczności dla wskrzesiciela tego zasłużonego pisma, a zarazem uczczeniem czterdziestoletniej pracy autora i wyrazem uznania znamienitej jego działalności lekarskiej, piśmienniczej i społecznej. Spis bibliograficzny, dodany do książki, obejmuje przeszło sześćdziesiąt publikacyi z różnych dziedzin, w których Nusbaum służył społeczeństwu naszemu piórem, słowem i czynem. Część pism nielekarskich, dających wyrazistą sylwetę autora, jako obywatela gorąco a rozumnie miłującego kraj, a zarazem uwydatniających niepospolity talent pisarski, wyszła w dwutomowem wydaniu zbiorowem przed czterema laty. Wydany obecnie tom pism z dziedziny przyrodniczo-lekarskiej jest niejako uzupełnieniem tamtego wydawnictwa, uzupełnieniem ze wszech miar pożądanem, dającem obraz innych stron tej bogatej indywidualności duchowej i jej wpływu na ruch umysłowy w naszym świecie lekarskim. Zawarte w tomie tym prace pomimo postępów i zmian, jakie przeszła nauka od czasu pierwszego ich ogłoszenia, pozostały wzorem sumienności i ścisłości badania, jasnego przedstawienia rzeczy, nie przestały być pięknem świadectwem bystrości, pomysłowości i niepospolitych zdolności autora. Gorzką refleksyę, że takiemu talentowi naukowemu związano skrzydła, że przyznana już Dr Nusbaumowi w r. 1882 przez Uniwersytet warszawski docentura fizyologii zatwierdzenia władz nie uzyskała, idąc na pastwę gwałtownego prądu rusyfikacyjnego —, zaciera radosne uczucie wdzięczności, że Dr Nusbaum nie dał pójść na marne owocom swych studyów i że nabytą metodę pracy twórczej — a miał jej wówczas za sobą już całe dziesięciolecie — oddał wraz z bogatymi darami swego umysłu w całości społeczeństwu, na innych polach badań i czynnego działania. Że są tacy, którzy z tragizmu własnego życia, gdy im brutalnie zamknięto dalszą drogę w pełni zawodu naukowego, wykrzesali w sobie zapał do tem silniejszej pracy dla ogółu, podniętę do służenia społeczeństwu z całych sił, wytrwale i wiernie, to w niedoli naszej jest szczęściem i ostoją przyszłości i to jest także zasługą nieposlednią, właśnie przy naszej, zresztą powszechnej skłonności do »opuszczania rąk«.

Poprzedza książkę przedmowa, w której doc. Dr Jan Pruszyński daje krótki życiorys Jubilata i w serdecznych słowach kreśli charakterystykę jego, zakończoną zdaniem: »Na tej karcie pracowitego żywota zapisze się niewątpliwie niejedno jeszcze dzieło, niejeden czyn obywatelski«. R.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nordmann. **Chirurgia lekarza praktycznego.** (Medizin. Klinik 1913 Nr 16—34). Wobec nawału coraz to nowych sposobów postępowania w chirurgii podaje N. proste sposoby, które lekarz praktyk stosować powinien. Zaczyna od odkażania rąk. Przedewszystkiem lekarz powinien rękę swą szanować i ochraniać od zakażenia, stosując przy badaniach i trudnych opatrunkach palce lub rękawiczki gumowe. Zdejmować opatrunki powinien zawsze narzędziami. Najodpowiedniejszym sposobem mycia rąk dla lekarza praktycznego jest: po odczyszczeniu paznokci wymycie miękką szczotką (szanowanie skóry) przez dwie minuty wodą i mydłem, wytarcie na sucho, a potem mycie wygotowaną miękką szczotką 5 minut, 60% alkoholem, poczem nie potrzeba już żadnego innego środka odkażającego. Co do opatrywania ran, to lekarz praktyczny powinien mieć następujące zasady: Skórę naokoło rany wytrzeć jodyną, ew. na sucho ogolić. Rany zupełnie nie płukać, lecz co najwyżej usunąć z niej ciała obce wyjałowionemi szczypczykami lub wymyć wodą przegotowaną, zresztą unikać stosowania na ranę środków odkażających. Przy opatrywaniu używać zawsze narzędzi, a nie palców. Założyć szczelny opatrunek, ew. przy dużych uszkodzeniach ustalić kończynę. Ran nie tamponować zbyt mocno (a postrzałów wogóle nie tamponować). Zbyt często też lekarze niepotrzebnie spieszą się ze szwem, zwłaszcza ran nieczystych, co szczególnie przy uszkodzeniach czaszki może mieć bardzo zgubne skutki. Następnie podaje N. wskazówki postępowania przy zranieniach pojedynczych części ciała, jak czaszki, twarzy, klatki piersiowej, płuc, serca i jamy brzusznej. Postrzały leczy się obecnie na wojnie przeważnie zachowawczo (opatrunek mastisolowy). Postrzały brzucha leczy się na wojnie zachowawczo (o ile nie ma wskazania do natychmiastowej operacyi), w pokoju przeciwnie czynnie. Przy postrzałach kończyn, o ile kość uszkodzona, należy zaraz założyć opatrunek ustalający.

Przy oparzeniach pierwszego stopnia bardzo dobrze jest opatrywać thiolem, i to w ten sposób, że skórę okoliczną odkaża się jodyną, a na miejsce sparzone nakłada się kopystką thiol, pokrywa gazą białą, a potem watą. Przy oparzeniach drugiego stopnia pęcherze należy jałowo nakłuć, a potem opatrzeć jak wyżej. Gdy pęcherzy bardzo dużo, to celem szybszego wysuszenia stosować można zasypki (nowiform, wioform, ortoform i t. p.). Przy oparzeniach trzeciego stopnia opatrujemy przeciwgnilnie (najlepiej gazą i proszkiem jodoformowym). Po zastosowaniu thiolu zmieniamy opatrunki w ten sposób, że gazę na ranie zostawia się 1 do 6 dni, zmienia się tylko warstwy powierzchowne, a dopiero potem odejmuje się cały opatrunek po kąpieli, poczem miejsca ziarnkujące lapisuje się i na całą ranę daje się maść borową, lub lapisową (1%). Przy oparzeniach trzeciego stopnia kąpiele mydlane przyspieszają też oddzielanie się części obumarłych. W razie objawów zakażenia zmieniamy opatrunki często i stosujemy kąpiele i środki odkażające. Pamiętać należy przytem o tworzeniu się bliznowatych przykurczeń i zapobiegać im na czas! Takie same mniej więcej postępowanie stosuje się przy odmrożeniach. K.

Jaklin. **Nowy kierunek w chirurgii.** (Prace z sanat. Jaklina, Pilzno 1913). Treść pracy Jaklina da się wyrazić w kilku słowach: Dla rany groźne są nie drobnoustroje zwykłe, lecz tylko takie, które zyskały jadowitość przez przejście przez jakiś ustrój, zwłaszcza septycznie chory. Z tego powodu nieraz rany, zadane w życiu codziennem, nawet duże i nieczyste, goją się dobrze, a nadwrót nasze rany operacyjne, wykonane w idealnych warunkach czystości, lecz w zakładach, ropieją, bo zakażamy je bezwiednie, przenosząc drobnoustroje z innych chorych na operowanego. Lepiej, niż kosztowne urządzenie zakładu, pomoże w zachowaniu aseptyki, gdy chirurg, pragnący operować jałowo, wyrzeknie się zupełnie wraz ze swym personalem operowania spraw septycznych, nawet w praktyce prywatnej. Tak uczynił Jaklin: przyjmuje do swego zakładu tylko cierpienia czyste, a jak wykazuje statystyka, od tego czasu ma wyniki wprost idealne. (Rzecz teoretycznie zupełnie słuszna, niestety jednak w praktyce wyjątkowo tylko wykonalna, choćby ze względu na warunki społeczne, pomyłki rozpoznawcze i t. p. Przypisek sprawozdawcy). K.

Klopp. **O granicach zachowawczego leczenia w chirurgii polowej.** (Mediz. Klinik 1913 Nr 33). W chirurgii polowej hołduje się obecnie postępowaniu zachowawczemu, ma ono jednak także swoje granice i nie należy, postępując szablonowo, zaniedbać odpowiedniej pory do potrzebnego zabiegu operacyjnego. Nie można np. twierdzić ogólnie, że wszystkie postrzały kości leczą się dobrze przy postępowaniu zachowawczem. Przeciwnie, nieraz musimy i tutaj w pewien czas operować, np. w razie ropienia, przetok, utworzenia się martwaka, stawu wrzekomego i t. p. Często także trzeba operować przy uszkodzeniach nerwów (szew nerwu, uwolnienie ze zrostów i t. p.). Tutaj nie na-

leży się zbyt spieszyć z zabiegiem, bo nieraz początkowe porażenia ustępują, ale też nie należy zbyt zwlekać, by znowu nerw nie uległ zwyrodnieniu. Przy postrzałach brzucha postępuje się obecnie na wojnie także zachowawczo, nie wynika jednak z tego, by w razie rozwijającego się zapalenia otrzewnej, ropnia, krwotoku i t. p. czekać bezczynnie. Często wreszcie operować musimy przy postrzałach naczyń krwionośnych, i to odrazu w razie silnego krwotoku, lub następowo w razie wytworzenia się tętniaka. Co do leczenia samych ran, to zastoina Biera i naświetlanie słońcem zapobiega ropieniu lub je zmniejsza. Ze środków na rany zaleca Klapp balsam peruwiański, a zwłaszcza olejek terpentynowy, który przy ranach zakażonych działa znakomicie. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Mc. Donagh. I. E. R. **Rozwój pasorzyta kiły.** (The Brit. Journ. of derm. 1912. Z. 11). Autor nawiązuje swoje badania rozwoju krętka bladego do dwóch pytań: dlaczego czas wylęgania kiły jest tak długi i dlaczego choroba nie daje się uleczyć 1—2 wstrzykiwaniami salwarsanu. Odpowiedź dają jego badania skrawków z nacieków kiłowych i gruczołów, jak również soku z tkanek, barwionego in vivo rozczynem błękitu metylenowego z boraksem. Wedle tych badań cykl rozwojowy rozpoczyna się sporozoitami, opatrzonymi rzęskami. Te drobne twory wchodzą własnym ruchem do dużych komórek jednojądrowych, gdzie otaczają się płaszczem plazmy i rozwijają się na koszt cytoplazmy, dzieląc się, a pozostawiając jądro nietkniętem. Każda połowa podzielonego tworu jest masą barwiącą się, ale nie ziarnistą, w której wytwarzają się wakuole i która zamienia się w nieregularny kłębek, wydostający się poza obręb komórki. Kłębek rozpada się później na nieregularne ciałka, lekko faliste, z których rozwija się krętek blady, uważany przez autora za męski gamet (mikrogamet). Druga połowa podzielonego sporozoitu przybiera postać kulistą, którą D. nazywa żeńskim gametem (makrogamet) i który jest zdolny do zapłodnienia. Samego aktu zapłodnienia autor nie spostrzegał, wydaje mu się jednak bardzo prawdopodobnem, że ciałko kuliste tworzy »stożek dla przyjęcia mikrogameta«, a ten wchodzi wewnątrz, aż oba jądra (pronucleus), żeńskie i męskie, zetkną się ze sobą. Wedle tych spostrzeżeń pasorzyt kiły należy do grupy sporozoa, do klasy: telosporidiae. Możnaby go zatem nazwać: leukozytozoon syphilis. Zakażenie następuje prawdopodobnie przez sporozoity. F. Krzyształowicz.

Richter E. **O sproszkowanej rtęci czyli o nowym środku przeciwkiłowym (kontraluesin).** (Dermat. Woch. T. 55. Z 39). Autorowi udało się uzyskać przy pomocy odrębnej metody rozdzielenie rtęci na bardzo drobne cząsteczki, wielkości ziarenkowców, w rozczynach wodnych. Przez to wessanie jej jest bardzo ułatwione. Rtęć tak rozdrobniona jest jednym ze składników nowego środka przeciwkiłowego, nazwanego »kontraluesin«; obok tego zawiera on chininę, sozojodol, sublimat i arsen. Do leczenia używa się tylko 4 wstrzykiwań po 1 cm^3 rozczynu. Próby u 126 chorych wypadły pomyślnie. F. Krzyształowicz.

Audry. **O leczeniu kiły arsenobenzolem i rtęcią.** (Annal. d. derm. et syphil. 1913 Z. 3). Z reguły robi autor 2 wstrzykiwania salwarsanu w możliwie dużych dawkach, 0,55—0,60 u mężczyzn, a 0.45—0,55 u kobiet, poczem wstrzykuje olej szary. Wyniki przy tem leczeniu są o wiele korzystniejsze, aniżeli po leczeniu jedynie rtęcią, dlatego A. uważa ten mieszany sposób leczenia (arsenobenzolem i rtęcią) za najkorzystniejszy. F. Krzyształowicz.

Brocq. **Jak należy stosować salwarsan?** (Annal. de derm. et syphil. 1912 Nr 12). Autor objaśnia swoje stanowisko co do użycia salwarsanu, wychodząc z zasady, że zawsze trzeba postępować ostrożnie. Przedewszystkiem zarzuca tej metodzie leczenia brak gotowego rozczynu, przez co popełnić można błąd i stąd dla lekarza praktyka płynie pewna trudność. Salwarsan uważa jednak B. za środek bardzo korzystnie działający w kile, dlatego w pierwszym okresie zaleca stosowanie dość dużych dawek w celu silnego działania na krętki; obok tego jednak używa B. i leczenia rtęciowego przez 3—4 lat przy kontroli odczynu Wassermanna i uznaje chorego za wyleczonego, gdy odczyn pozostaje trwale ujemnym. W okresie drugorzędnym stosuje B. salwarsan w przypadkach nieleczonych, u tych, którzy leczeni dotąd rtęcią, okazują jeszcze zmiany i u tych kiłowych, którzy mimo leczenia rtęcią i salwarsanem podlegają uporczywym nawrotom. Przy braku objawów o odczynie W. dodatnim nie zaleca B. salwarsanu, nie uważając go za całkiem bezpieczny. W okresie drugorzędnym stosuje B. zawsze po 3—4 wstrzykiwaniach tego przetworu leczenie rtęciowe. W przypadkach kiły późnej zaleca B. salwarsan w sprawach niszczących, szczególnie na błonach śluzowych, w uporczywych zmianach języka, w naciekach dłoni i podeszew, nawet z pewnemi ostrożnościami w kile narządów wewnętrznych; w zwyczajnych zaś sprawach późnych pozostawia do rozstrzygnięcia samemu choremu, czy chce być leczony rtęcią lub salwarsanem. Co do leczenia salwarsanem wiądu rdzenia i porażenia postępującego nie doszedł jeszcze B. do całkiem stanowczego sądu. W przypadkach dawno przebytej kiły, w których mimo braku objawów odczyn W. jest dodatni, nie jest autor bezwzględnym zwolennikiem leczenia salwarsanem. W sprawie działania tego przetworu na tkankę nerwową (neurotropie) przypuszcza B., że dawki duże mogą do pewnego stopnia uszkadzać układ nerwowy, tak że stanowi on potem miejsce mniejszej odporności dla jadu kiłowego. Przytem B. jest zwolennikiem małych dawek, 0,005—0,0075 na kg. ciała.
F. Krzyształowicz.

Jadassohn. **O leczeniu gruźlicy skóry.** (Mediz. Klinik. 1913 Nr 29). W leczeniu gruźlicy skóry zwracać należy tak samo, jak przy gruźlicy płuc, baczną uwagę na stan ogólny i odżywienie. W leczeniu miejscowem zaleca J. pyrogallol (10—202) w postaci maści. Leczenie lampą Finsena jest zbyt żmudne. Lampa Kromayera oddaje przy gruźlicy skóry wcale dobre wyniki, natomiast przy toczniu J. nie był zadowolony z tego leczenia. Leczenie chirurgiczne, tam gdzie ze względów kosmetycznych jest możebne, oddaje bardzo dobre usługi. Obecnie już niechętnie stosujemy skrobania i przypalania, natomiast wielkie nadzieje pokłada się w leczeniu promieniami Röntgena, radem i mesotorem; zwłaszcza jest mesotor dogodny przy leczeniu gruźlicy błon śluzowych. Skutek jest tem lepszy, im wcześniej, a doszczętniej weźmiemy się do leczenia (pouczanie publiczności). Stosować należy leczenie kombinowane i stwarzać zakłady do leczenia gruźlicy skóry i tocznia, by umożliwić szerokim warstwom korzystanie z najnowszych postępów lecznictwa. K.

Roas i Ditlevsen. **Badania nad odczynem luetynowym Noguchiego.** (Archiv für Dermatologie und Syphilis CXVI Z. 3 1913). Autorowie otrzymali dodatni odczyn Noguchiego w 100% w przypadkach kiły trzeciorzędnej i dziedzicznej (razem 23 przypadków). W kile I i II okresu odczyn ten był ujemny, w porażeniu postępującem przeważnie ujemny (na 28 przypadków ujemny w 26, dodatni w 2 przypadkach). Wobec tego autorowie uważają odczyn Noguchiego za swoisty tylko dla kiły III okresu i dziedzicznej, jednak i w tych przypadkach wstrzykiwania kontrolne (tej samej pożywki, lecz bez krętka bladego) wywoływały również odczyn, chociaż mniej wybitny. W dosyć znacznej liczbie przypadków kiły wstrzykiwania hodowli bakteryi okrężnicy i wiewióra również dały odczyn dodatni. Wobec tego odczynu Noguchiego autororowie nie uważają za odczyn swoisty odpornościowy, lecz przypuszczają, że przy powstawaniu tego odczynu odgrywa rolę i zmieniona wrażliwość chorych na kiłę.
W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie w dniu 13. X. 1913 r.

Czł. L. Birkenmajer przedstawia pracę własną: **Mikołaj Kopernik. I. Pochodzenie, rodzina i lata młodzieńcze.** Jako początek szeregu monografii, mających dać pełny obraz życia i twórczości Kopernika na zasadzie wieloletnich badań autora, przedstawia autor pochodzenie, stosunki rodzinne oraz wydarzenia z młodzieńczych lat Kopernika, poprzedzających wpis jego do metryki Uniwersytetu Jagiellońskiego (jesień 1491). Wiadomość, dawniej już ustalona, o pierwotnem (XIII wiek) pochodzeniu Koperników ze wsi tej nazwy (Kopernik, Copernic, Copirnik itp.) na Ślązku, leżącej w pobliżu Nissy w dawnem Księstwie Grotkowskiem, uzupełnia autor nowymi szczegółami, zwłaszcza co do rodziny Watzelrodów, inaczej Watsenrodów, z której pochodziła matka Kopernika; autor rozwiewa nieuzasadnione domysły o rzekomem z Westfalii przybyciu ich do ziemi Chełmińskiej i wykazuje na podstawie źródeł, że pochodzili oni (XIII/XIV wiek) zarówno jak Kopernikowie ze Ślązka, a mianowicie z Księstwa Świdnickiego, że jednak już rychło (pocz. XIV w.) przenieśli się do Wrocławia, a stąd jedna ich linia osiadła wkrótce w Toruniu. Ta właśnie gałąź rodzinna z domami Modlibogów, Peków i Konopackich, a później także Działyńskich i Kostków kilkakroć była spokrewniona. Obszerniejsze wspomnienie życia i działalności poświęca autor m. i. wujowi Kopernika, Łukaszowi Watzelrode, kanonikowi kujawskiemu, a niebawem biskupowi warmińskiemu (1489—1512), który w politycznych dziejach Polski odegrał znaczną rolę za panowania Jana Olbrachta, Aleksandra i Zygmunta I. Ten ostatni z Watzelrodów, rodzony wuj i opiekun dziesięcioletniego naówczas Mikołaja, był w bardzo blizkich a przyjacielskich stosunkach do Kallimacha, do Zbigniewa Oleśnickiego, arcybiskupa gnieźnieńskiego, co w niejednem objaśnia późniejsze wydarzenia, a zarazem rzuca cośkolwiek światła na późniejsze stadya naukowej Kopernika karyery. Dalej zdołał autor zbadać, że matka Kopernika, owdowiawszy, przeniosła się z obu nieletnimi synami do Włocławka, gdzie ów Łukasz Watzelrode, jako kanonik tamtejszej kapituły, miał wówczas rezydencyę, a gdzie w tych czasach istniała przy katedrze »u kanoników« szkoła, najlepszą i zasłużoną ciesząca się reputacyą. We Włocławku przebywał Kopernik dłuższy czas. Autor stwierdził wreszcie, że mieszkający tam wówczas Mikołaj Wodko z Kwidzynia, mąż niepospolity, doktor sztuk wyzwolonych i medycyny, niegdyś profesor astronomii w Uniwersytecie bolońskim, odegrał w młodzieńczych latach Kopernika rolę znaczniejszą, że on to Kopernika do korzystania z wykładów matematyki, przyrodoznawstwa i astronomii w Uniwersytecie krakowskim przysposobił.

(Oprócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 4 prace z zakresu nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie z dnia 2. VII. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odczytano list Prof. Dra Pieniążka z podziękowaniem za zamianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

3) Odczytano odezwę Namiestnictwa, zapraszającą do udziału w międzynarodowym kongresie dla spraw opieki nad dziećmi w Brukseli.

4) Kol. Prof. Gliński przedstawił i omówił:

a) Okaz **raka pęcherzyka żółciowego.** (P. S. 433. 1913). Przypadek dotyczył 46-letniego mężczyzny, u którego klinicznie rozpoznawano guz wątroby i który zmarł wśród objawów postępującego wyniszczenia. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność rozległych zrostów w okolicy pęcherzyka żółciowego. Po ostrożnem ich odpreparowaniu stwierdzono, iż woreczek był mały, wypełniony gęstą klejowatą zielonkawą cieczą bez jakiejkolwiek domieszki żwiru lub kamyków żółciowych; prócz tego tuż ponad miejscem odejścia przewodu woreczkowego w ścianie woreczka po stronie przeciwległej od wątroby i więcej ku stronie lewej znajdował się na przestrzeni srebrnej korony nieowrzodziały naciek nowotworowy, zajmujący całą grubość ściany woreczka. Jednocześnie w przypadku tym stwierdzono obecność przerzutów nowotworowych w wątrobie (kilkanaście guzków wielkości ziarna grochu do orzecha tureckiego), oraz w gruczołach chłonnych przy wnęce wątroby (co skutkiem ucisku na przewody żółciowe spowodowało silną żółtaczkę); wreszcie niezliczoną ilość przerzutów nowotworowych znaleziono w gruczołach krezkowych i w krezce wogóle, co dało powód do znacznego nierównomiernego poskracania krezki i wielokrotnych zagięć w obrębie jelit. Badanie mikroskopowe nowotworu w woreczku i jego przerzutów stwierdziło wszędzie utkanie raka włóknistego. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu: 1) na zupełny brak kamieni lub żwiru przy raku woreczka żółciowego, podczas gdy zwykle sprawy te widuje się jednocześnie, a wielu autorów uważa kamienie żółciowe za czynnik usposabiający, a nawet wprost powodujący powstawanie raków woreczka; 2) ze względu na małe rozmiary nowotworu pierwotnego, a wielką ilość przerzutów; 3) ze względu na olbrzymią ilość przerzutów nowotworowych w obrębie gruczołów krezkowych i krezki wogóle.

b) Okaz **wrzodów trawiennych przewlekłych w żołądku.** (P. S. 428. 1913). Przypadek dotyczył 42-letniego mężczyzny, u którego z powodu zwężenia odźwiernika wykonano gastroenterostomię. Mimo zupełnie gładkiego przebiegu pooperacyjnego chory w pewien czas po operacyi zmarł wśród objawów postępującego wynędznienia. Badanie pośmiertne stwierdziło, że rana po gastroenterostomii była już zupełnie wygojona, otwór był dostatecznie szeroki i wogóle gastroenterostomia funkcyonowała najzupełniej prawidłowo. Żołądek był dość znacznie powiększony; światło odźwiernika i wpustu było bardzo znacznie zwężone (z trudnością można było od strony żołądka wprowadzić do odźwiernika i do wpustu czubek małego palca, który jednak dalej nie przechodził); ściany mięsne żołądka oraz ściany przełyku (w części ponadwpustowej) były dość znacznie zgrubiałe, przerosłe, światło przełyku w części dolnej wyraźnie rozszerzone. Po rozcięciu wpustu i odźwiernika stwierdzono w nich po jednem głębokiem owrzodzeniu o cechach przewlekłego wrzodu trawiennego (we wpuście wielkości srebrnej 2-koronówki, w odźwierniku wielkości 2-halerzówki); wrzody te spowodowały zwężenie wpustu i odźwiernika i wynikające stąd dalsze następstwa. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na jednoczesne usadowienie się wrzodów trawiennych na 2 przeciwległych krańcach żołądka i tylko właśnie w tych 2 miejscach; okoliczność, że żołądek (nawet po założeniu gastroenterostomii) był jeszcze rozszerzony, chociaż wpust uległ znacznemu zwężeniu, zdaje się przemawiać za tem, że następowy przerost ściany mięsnej przełyku pokonywał przeszkodę we wpuście i że dzięki temu pokarmy jeszcze dość łatwo dostawać się mogły do żołądka.

c) **Xanthoma** (P. M. 282. 1913). Przypadek dotyczył 7-letniego chłopca, którego przyprowadzono do tutejszej uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej (Prof. Kader) ze skargami, że od roku zauważono u niego na klatce piersiowej jakiś guzek, stale się powiększający. Guzek ten operacyjnie usunięto (Dr Składkowski) i przesłano do zbadania mikroskopowego do tutejszego zakładu anatomii patologi-

cznej. Guzek ten wystawał dość znacznie ponad powierzchnię skóry, był ściśle ze skórą zrośnięty, dochodził bezmała wielkości jaja kurzego i posiadał powierzchnię nierówną, lekko owrzodziałą. Już po rozcięciu przy oglądaniu gołem okiem zwróciło uwagę prelegenta niezwykłe bladożółtawe zabarwienie guzka, dopiero jednakże przy badaniu mikroskopowem zdołał prelegent dojść do uależytego rozpoznania i stwierdził w guzku tym obraz Xanthoma (Tumor xanthomatosus sarcomatodes partim gigantocellularis). W związku z tym przypadkiem omawia prelegent sprawę Xanthoma wogóle i zwraca uwagę, że przedstawiony przypadek z pośród innych wyróżnia się: 1) tem, że przedstawiony okaz był jedynym na ciele chorego, 2) niezwykłymi rozmiarami (wielkości jaja kurzego), 3) niezwykłem usadowieniem na klatce piersiowej. Prelegent podnosi również że uważane ogólnie za charakterystyczne dla Xanthoma komórki (t. zw. »Xanthomzellen« niemieckich autorów) nie stanowią elementu swoistego dla tej sprawy chorobowej i zdarzają się również i przy innych sprawach chorobowych (np. wśród podścieliska w t. zw. wielkich białych nerkach). Dodać należy, że badanie kliniczne (Dr Składkowski) nie stwierdziło w tym przypadku ani żółtaczki, ani też cukru lub białka w moczu. (Streszczenia własne).

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Prof. Krzyształowicz, podnosząc rzadkość Xanthoma i rozpatrując sprawę z punktu widzenia dermatologicznego. — b) Kol. Prof. Wicherkiewicz zwraca uwagę, że Xanthoma, występujące na powiekach, jest stosunkowo dosyć częstą sprawą i że zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn. — c) W odpowiedzi kol. Prof. Gliński zaznacza, że rzeczywiście Xanthoma palpebrarum jest sprawą dosyć częstą w odróżnieniu od Xanthoma multiplex, również i budowa histologiczna obu tych nowotworów jest różna.

5) Kol. Prof. Piltz przedstawia chorego z kliniki psychiatrycznej z objawami Brown-Sequarda, powstałymi skutkiem **uszkodzenia rdzenia piersiowego nożem**. Omawia przy tej sposobności zmiany czucia, zmiany w odruchach, sile mięśniowej i upośledzenie sprawności mięśniowej, występujące u tego chorego.

6) Kol. Prof. Krzyształowicz wygłosił wykład: **Przemiana materyi, a choroby skórne**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos: a) kol. prym. Borzęcki, przecząc twierdzeniom prelegenta, jakoby świerzbiączka (prurigo Hebrae) dała się uleczyć wyłącznie przez używanie częstych kąpieli, przestrzeganie czystości skóry i higieny. Typ chorobowy, jak go określił Hebra, stanowi jednostkę chorobową z właściwemi zmianami i objawami i jest chorobą nieuleczalną. Niewątpliwie zdarzają się przypadki u dzieci (1—2-letnich), u których stwierdza się zmiany, mogące sprawiać wrażenie, że są zwiastunami świerzbiączki skóry; utrzymują się latami, mijają i dziecko wraca do zdrowia. To są przypadki, które Brown opisał i trafnie nazwał »prurigo temporanea«. Czy przypadki świerzbiączki są rzadsze o wiele w Niemczech północnych, Anglii, jak zaznacza prelegent, kol. Borzęcki nie wie; dodaje jednak, że we Wrocławiu przypadków świerzbiączki jest dużo. Być może, że warunki klimatu nadmorskiego tłómaczą rzadkość choroby nad wybrzeżami morskiemi. — b) Kol. Prof. Reiss zaznacza, że niemniej ciekawą rzeczą są sprawy chorobowe skórne, występujące u osobników z upośledzoną czynnością któregoś z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu Przytacza na dowód przypadek, spostrzegany przez siebie. U chorej, operowanej na wola, w parę tygodni po operacyi wystąpiły objawy świerzbiączki, które ustąpiły po leczeniu przetworami tarczycy. — c) W odpowiedzi kol. Prof. Krzyształowicz twierdzi, że uważa świerzbiączkę Hebry za chorobę uleczalną, ale tylko w początkach cierpienia, a nie w okresach późniejszych. Wątpi w jej pochodzenie na tle nerwowem, natomiast twierdzi, że niemałą rolę w jej powstawaniu odgrywa klimat i wpływ atmosferyczny. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Posiedzenie z d. 29. X. 1913.

Dr Jan Szmurło: **O potrzebach naszego piśmiennictwa lekarskiego.**

W ostatnich czasach coraz częściej spotykamy się z utyskiwaniami na obniżenie się poziomu naukowego polskich lekarzy, na niechęć ich do czytania dzieł naukowych i do podejmowania prac naukowych. Mamy wprawdzie dwanaście pism lekarskich ogólnych i specyalnych, redakcye jednak skarżą się na skąpy i często nieodpowiedni materyał do druku i brak chętnych współpracowników w dziale streszczeń. Znacznie gorzej jeszcze przedstawia się rzecz z działami oryginalnemi i tłumaczonemi, obejmującemi pojedyncze działy wiedzy lekarskiej: z podręcznikami, monografiami i odczytami klinicznemi. Pod tym względem literatura nasza jest nadzwyczaj uboga; są pewne działy medycyny, jak choroby skórne, chemia fizyologiczna, farmakologia, anatomia topograficzna, terapia ogólna, fizykoterapia, w których nie posiadamy ani jednego podręcznika nietylko oryginalnego, lecz nawet i tłumaczonego. Działy te jakgdyby dla naszego ogółu lekarskiego nie istniały. Prelegent przedstawił szczegółową tablicę dzieł i podręczników medycznych oryginalnych i tłumaczonych, ilustrującą dosadnie luki naszego piśmiennictwa. Młodzież uniwersytecka niema z czego uczyć się medycyny i z konieczności nabywać musi dzieła obce kosztowne, lub tanie rosyjskie, ale liche. Starsi lekarze prowincyonalni, nie władający zwłaszcza dostatecznie językami obcymi, nie mają z czego wiadomości swych uzupełniać. Położenie zaiste rozpaczliwe, a niebezpieczeństwo, grożące umysłowości naszego stanu oraz językowi ojczystemu, ogromne.

Przyczyną tego stanu może być albo brak uczonych, mogących lub chcących wypowiedzieć swą wiedzę szerokiemu ogółowi, albo też brak wydawców, którzyby chcieli podręczniki wydawać.

Co do pierwszego, to fakty temu przeczą. Mamy dość ludzi wybitnych, znakomitych pedagogów, umiejących rzecz przejrzyście wyłożyć, większość ich jednak nie obdarzyła swych słuchaczy streszczeniem swego naukowego »credo«. Owa »improductivité« sprawia, że większość ludzi wysokiej wiedzy nie pozostawia po sobie na polu piśmiennictwa lekarskiego wybitniejszych śladów. Na zachodzie wyrobiła się pewna siła opinii, zmuszająca uczonego profesora do zdawania, jeżeli tak rzec można, egzaminu przed ogółem lekarskim ze swych zdolności w postaci dzieł naukowych; u nas profesorem pozostawać może dziesiątki lat człowiek, który ledwie od czasu do czasu zdobędzie się na jakiś artykuł w zakresie swej specyalności. Do wydania większych prac nikt z lekarzy, zajmujących katedry profesorskie, nie czuje się zobowiązanym. Mamy więc profesorów, którzy większego dzieła nigdy nie napisali i mamy całe działy medycyny, dla których ani jednego podręcznika w języku polskim nie posiadamy. Brak polskich dzieł lekarskich tłumi potrzebę czytania, więc też i pisma lekarskie tracą czytelników, a niekiedy i dzieło naukowe nie znajduje nabywców. Świat lekarski ubożeje umysłowo w tym zastoju, a o nowszych zdobyczach naukowych dowiaduje się nieraz dopiero z prasy ogólnej. Liczba lekarzy polskich we wszystkich zaborach wraz ze słuchaczami medycyny wynosi około 4000. Te cztery tysiące przedstawicieli medycyny powinny w prędkim czasie wyczerpać choć jeden nakład dzieł lekarskich, tymczasem rzeczywistość brutalnie przeczy temu przypuszczeniu.

Z dzieł lekarskich polskich tylko »Dyagnostyka różniczkowa« Biegańskiego rozeszła się w dwu wydaniach po 1000 egzemplarzy. Wyczerpany został cały nakład »Fizyologii« Cybulskiego, wyczerpany został prawie cały nakład »Dyagnostyki anatomo-patologicznej« Dmochowskiego«, »Choroby oczu« Ziemińskiego rozeszły się w 600 egzemplarzy. Jednakże mamy dzieła oryginalne lub tłomaczone, które rozeszły się ledwie w kilkuset, a nawet kilkudziesięciu egzem-

plarzach. Natomiast coraz liczniej przenikają do nas dzieła w językach obcych, a nawet w języku rosyjskim, oryginalne lub tłómaczone.

Ponieważ dzieła polskie rozchodzą się w tak skromnej liczbie, przeto księgarze nie kwapią się z ich wydawaniem. Mamy szczęściem Kasę Mianowskiego, rozporządzającą, zwłaszcza obecnie, dużymi funduszami, ale i ona w stosunku do innych działów wydaje dzieł lekarskich znacznie mniej. Ona jedna mogłaby zachęcać jednostki, znane na polu naukowem, do pisania dzieł, wydawać je i w ten sposób podnieść upadające piśmiennictwo naukowe lekarskie. Miejmy nadzieję, że zrozumie ona swe stanowisko i odpowiedzialność przed ogółem i zechce przejść z roli biernej w rolę czynną. Dzięki temu, że dzieła lekarskie wydawane są przez Kasę, księgarze nie reklamują tych dzieł wcale. Prospektów się nie rozsyła, wydawnictwa galicyjskie u nas nie pojawiają się wcale na wystawach sklepowych; wszystko to bynajmniej nie sprzyja rozpowszechnianiu się dzieł polskich.

W celu naprawy tych stosunków prelegent proponuje:

1) Zachęcać, a nawet wywierać nacisk na profesorów uniwersytetu, aby swe wykłady wydawali w postaci podręczników, aby wszelkie prace większe przedewszystkiem ogłaszali po polsku. Powinniśmy wyrobić opinię publiczną lekarską, że profesor, który nie daje ogółowi poważnego dzieła, nie jest na właściwem miejscu i zmusić świat profesorski do liczenia się z tą opinią.

2) Powinniśmy żądać od profesorów, aby słuchaczom swym zalecali przedewszystkiem dzieła w języku ojczystym, oryginalne lub tłómaczone, a później dopiero cudzoziemskie.

3) Najlepsze dzieła lekarskie w językach obcych powinny być przyswojone literaturze ojczystej. W tym celu powinna się zorganizować komisya, chociażby przy Stowarzyszeniu, której zadaniem byłoby zasięgać rady profesorów i uczonych lekarzy co do dzieł, które należy przyswoić literaturze polskiej. Punkt ciężkości musi leżeć na młodzieży uniwersyteckiej, ich potrzeby naukowe powinny być przedewszystkiem zaspokojone.

4) Na reklamowanie dzieł wydanych należy zwrócić baczniejszą uwagę. Wydawcy powinni ogłaszać prospekty, urządzać przedpłaty, wyszukiwać kolporterów wśród słuchaczów uniwersytetu, a nawet pośród lekarzy, wreszcie organizować sprzedaż na raty. Stowarzyszenie powinno mieć w swym lokalu stałą wystawę dzieł lekarskich polskich i uzyskać dla swoich członków pewne ustępstwo od cen księgarskich. Praktycznie rzecz biorąc, należy utworzyć komisyę z ludzi chętnych i sprawie przychylnych, którzyby sprawę dobrze zorganizowali i nad nią stale czuwali.

W. Knappe.

Obchód jubileuszowy Dr Alfreda Sokołowskiego.

Obchód jubileuszowy, urządzony w Warszawie 9. listopada b. r. dla uczczenia czterdziestolecia pracy Dr Alfreda Sokołowskiego, składał się z dwu części. Pierwszą było zebranie w szpitalu św. Ducha, gdzie Czcigodny Jubilat przez lat 30 bez przerwy pracuje jako ordynator; była to niejako »domowa« uroczystość szpitalna, w której uczestniczyli dawni i obecni asystenci i uczniowie Dr Sokołowskiego, lekarze, Siostry miłosierdzia i urzędnicy szpitala. Tutaj przemawiali Dr Tuz imieniem młodszych asystentów, Dr Łogucki imieniem dawnych uczniów, Dr Pawiński od kolegów-ordynatorów i Dr Mincer w zastępstwie naczelnego lekarza szpitala, złożonego niemocą, poczem odsłonięto portret Dr Sokołowskiego.

Drugą częścią był hołd, złożony Jubilatowi przez mnogie instytucye i stowarzyszenia. Obchód rozpoczął się złożeniem Jubilatowi w darze wspaniałego pamiątkowego zeszytu »Gazety lekarskiej«, zawierającego 18 prac jego asystentów i uczniów. Zeszyt ten wręczył Jubilatowi imieniem całego ich grona Dr B. Dębiński. Następnie przemawiał prof. Dr Kryński imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej, oznajmiając, że Senat uniwersytetu uchwalił ofiarować Dr Sokołowskiemu honorowy doktorat medycyny, oraz imieniem Towarzystwa naukowego warszawskiego. Od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego przemawiał prezes jego Dr Pawiński, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i od »Przeglądu lekarskiego« doc. Dr Koźniewski z Krakowa, wręczając adres Towarzystwa i zeszyt pamiątkowy naszego tygodnika; od Ligi przeciwgruźliczej w Łodzi Dr Seweryn Sterling, od szpitala św. Ducha Dr Mincer, od Towarzystwa higienicznego warszawskiego wiceprezes Dr Bączkiewicz, od Towarzystwa przeciwgruźliczego warszawskiego wiceprezes p. Karpiński, od Sekcyi laryngologicznej Dr Meyerson, od Towarzystwa ratunkowego i »Medycyny i Kroniki lek.« Dr Józef Zawadzki, od Stowarzyszenia lekarzy polskich Dr Adam Przyborowski, od Komitetu Sanatoryum w Rudce p. Gerlach, od Kasy wsparcia wdów po lekarzach Dr Babiński, wreszcie od »Gazety lekarskiej« Dr A. Puławski. Ze wszystkich stron Polski od Towarzystw lekarskich i wybitnych lekarzy nadeszło mnóstwo listów i depesz, z których godzi się przytoczyć piękny list Dra Konrada Dobrskiego, najwymowniej ujmujący nastrój obchodu:

»Po znojnem lecie, na koniec żniw, na wsi u nas bywa — okrężne. Okrążą i Ciebie młodzi żeńcy na zawodowym zagonie. Na progu jesieni Twego żywota dadzą Ci dzień słoneczny, pamiętny.

Przodownikiem im byłeś, więc Ci powiedzą: »Plon niesiemy, plon«. I złożą Ci wieniec obrzędowy z różnobarwnych kłosów i kwiatów, bo na różnorodnych zbierany zagonach, na różnych niwach, które Ci uprawiać przyszło. A czyniłeś to zawsze niepowszednio pracowicie i wytrwale, zawsze owocnie. Na różnorodnych niwach byłeś im przykładem i wzorem, jak spełniać trzeba obowiązki społeczne i osobiste, jak należy roztropnie zamierzać, wytrwale dążyć, skutecznie osiągać.

Od zarania Twej zawodowej pracy byłem bliższym, czy dalszym jej świadkiem. Stwierdzam, że w danych warunkach czyniłeś wszystko, co było możebne, by pracować z pożytkiem dla ogółu. Więc niosę Ci za to wyrazy wysokiego uznania i serdeczne życzenia, by jesień Twojego żywota była długa i słoneczna, by to była prawdziwa »polska jesień«, w której się zbiera i spożywa owoce ubiegłych znojów i nie ustaje w pracy przygotowania roli dla tych, którzy po nas przyjdą«.

Podniosłą uroczystość zakończył Czcigodny Jubilat przemówieniem następującem:

»Wobec takich niezwykłych dowodów uznania, jakie mnie

spotkało od zgromadzonych tutaj Szanownych Panów i Kochanych Kolegów, mało jest słów, któremi mógłbym wyrazić im podziękowanie.

Obowiązkiem zaś moim za tyle dowodów, przeceniających działalność moją społeczną i naukową, jest poniekąd otwarcie przed wami głębi mojej duszy, — »serce za serce« —, aby ukazać te drogi, jakiemi szedł mój umysł w tej czterdziestoletniej wędrówce i wykazać, że i do mnie słusznie zastosować można odwieczne przysłowie: »Nie zasłużony, ale szczęśliwy bierze«. Bo i rzeczywiście w tej długiej wędrówce życiowej kroczył obok mnie cały szereg dzielnych i miłujących kraj kolegów. Niestety nie wszyscy doszli do celu. Padło w zaraniu życia wielu współkolegów i przyjaciół moich, z którymi łączyła mnie wspólna myśl pracy dla kraju. Mogę więc nazwać się szczęśliwym, bom dobiegł do mety, szczęśliwym, że dano mi żyć wśród okoliczności i epoki, dającej w wysokim stopniu pole do pracy. Ziarno bowiem, najlepsze nawet, rozwija się jedynie wówczas, gdy padnie na odpowiednią glebę. Tę glebę przedstawiał kraj nasz w epoce, gdym przed laty czterdziestu kończył studya lekarskie w naszej stolicy. Była to jedna z najsmutniejszych epok naszej historyi. Kraj, wyczerpany i zniszczony pod względem materyalnym niemal doszczętnie, stał się jakby wielkiem pustkowiem, — cmentarzyskiem idei narodowej. Zamykano i wynaradawiano szkoły. Zrusyfikowano i zdezorganizowano przepięknie rozwijającą się naszą najwyższą uczelnię. Ostatni jej przedstawiciele, ludzie nauki i ostatni kierownicy młodzieży zostali wyrugowani przez obcych przybyszów, których większość nie naukę, lecz politykę miała na celu. Byli to wstrętni nad wyraz, najmarniejsi karyerowicze, odzywający się butnie i lekceważąco już nietylko o naszej przeszłości i nauce, lecz o całej nauce Zachodu. Nie mogli więc wzbudzić ani śladu zaufania wśród nas do ich nauki, a tembardziej charakteru. Panowała zaciekła chęć niszczenia i burzenia wszystkiego, co nam zostawiła nasza wiekowa praca kulturalna. Młodzież była zupełnie wykolejona, przybita i przygnębiona. Nie wiedziała kogo, czego i jakich haseł się trzymać; niestety bowiem wszystkie zawiodły w zupełności.

Podobnie jednakże, jak w równie smutnym okresie naszej historyi, to jest po powstaniu listopadowem znaleźli się wielcy bardowie, co głosem donośnym swych pieśni nie dali upaść duchowi narodu, przypominając jego wielką przeszłość i zagrzewając do wytrwania w walce o byt narodowy — podobnie i w epoce, o której mówię, znaleźli się również ludzie niezwykle wybitni, którzy już nie słowem, lecz czynem pobudzali młodych do usilnej pracy nietylko nad podniesieniem materyalnego bytu, które było wówczas wielce modną i popularną teoryą. Hasła materyalistyczne, wysoce popularne, doprowadzały nietylko do lekceważenia, lecz nawet nieraz do naigrawania się z całej przeszłości i tradycyi. Hasła te pędziły całe szeregi naszej inteligencyi na Daleki Wschód, li tylko gwoli szybkich zysków materyalnych. Znaleźli się jednakże ludzie wielcy duchem, niezłomni charakterem i miłością dla kraju, którzy starali się przeciwdziałać temu prądowi i pracować usilnie nad zaszczepieniem wśród młodzieży nietylko zamiłowania do pracy, mającej na celu korzyści materyalne, zarobkowe, lecz i do kształcenia ducha i zamiłowania pracy dla podniesienia nauki polskiej. Nie będę wyliczać tych wielkich obywateli. Nazwiska znane są wam dobrze. Przypomnę tylko z lekarzy ludzi tej miary, jak Chałubiński, Brodowski, Baranowski, Kosiński. Jednakże chcę wspomnieć szczegółowiej o dwóch, z którymi miałem szczęście zetknąć się bliżej za powrotem do kraju po moim wieloletnim pobycie i pracy lekarsko-naukowej zagranicą. Byli to profesorowie, weterani Szkoły Głównej, Wiktor Szokalski i Henryk Hoyer. Szokalski, którego poznałem bliżej wkrótce po osiedleniu się w Warszawie i przed którym utyskiwałem nad smutnym podówczas stanem nauki lekarskiej w kraju naszym i małem wykształceniem uczącej się młodzieży w porównaniu z zachodem, odrzekł mi stanowczo: »Do was młodych i odczuwających smutny stan kraju należy zająć się młodzieżą, kształcić ją nietylko fachowo, uczyć myśleć po polsku i krzepić w niej ducha narodowego«. — »A jak to uczynić?« — wyrzekłem nieśmiało. — »Rób jak ja. Jesteś w szpitalu, gdzie funkcyonują fatalne rządowe kliniki, zbieraj gromadki chociażby najmniejsze i ucz je. Pamiętaj bowiem, że ucząc innych i sam się uczyć będziesz. Czyń to bezzwłocznie, nie pytaj nikogo o pozwolenie, bo w rządzie tutejszym ten tylko czegoś szlachetniejszego dokonać może, kto nie pyta o pozwolenie«. Te wyrazy szlachetnego starca, wielkiego a rozumnego patryoty, uczestnika boju pod Ostrołęką, były dla mnie niejako nakazem wojskowym. Zacząłem powoli gromadzić i uczyć młodzież, pocichu, bez chęci jakiejśkolwiek nagrody, a młodzież odczuła moje zamiary, gromadziła się chętnie. Ciągnęło się to długie lata z rzędu. Nikt jakoby nie wiedział o tem, a te kursy moje prywatne stały się niejako uzupełnieniem programu rządowych wykładów. Byłem, jak wyrażano się dowcipnie, profesorem »in partibus infidelium«, a młodzież zgłaszała się na kursa coraz liczniej, doszło nawet do tego, że losowano, kto dostać się może na zajęcia. Mój przykład zachęcił innych. W kilka lat rozpoczął podobne zajęcia Matlakowski, Dunin, Krajewski, Rejchman, Jakowski i wielu jeszcze kolegów. Utworzyło się więc powoli pozornie przypadkowo i chaotycznie ułożone nauczanie lekarskie polskie młodzieży uniwersyteckiej. Przy pracy z młodzieżą, jak słusznie zauważył Szokalski, sam uczyłem się najwięcej. Uczenie bowiem wymaga systematycznej ścisłej obserwacyi i pracy naukowej przygotowawczej. Tą więc drogą powstały liczne moje prace kazuistyczne, bądź też monograficzne i one to umożliwiły mi po ćwierćwiekowej pracy szpitalnej wydać podręcznik chorób dróg oddechowych, którego powodzenie zależne było tylko od tego, że podręcznik ten stanowił wynik wspólnej z uczniami pracy nietylko klinicznej, lecz i pedagogicznej.

Widzicie więc z tego Panowie, że w tej mojej działalności pedagogiczno-naukowej nie wytworzyłem nic samodzielnego, byłem tylko posłuszny rozkazom wielkiego wodza, któremu wierzyłem i szedłem naprzód bez zatrzymania się i oglądania się poza siebie. Hasło bowiem jego okazało się zdrowem.

Henryk Hoyer, z którym również zetknąłem się bliżej, umysł niezwykle krytyczny, uczony na modłę zachodnią, acz obcy nam pochodzeniem, stał się jednakże jednym z najlepszych obywateli naszego kraju. On to był tym cementem, który spoił, nadał jednolity kierunek i stale zagrzewał do pracy tę grupę młodych lekarzy, którzy w szlachetnym celu rozwoju nauki swojskiej zawiązali w roku 1880 koło redakcyjne »Gazety lekarskiej«. Byłem w gronie jej założycieli. Tam na posiedzeniach redakcyjnych pod wodzą zawsze obecnego i nigdy niezmordowanego Hoyera rozprawiano nad kierunkiem, brakami jednych, zaletami drugich, pobudzano nowych współpracowników, obmyślano nowe tematy, poruczano je do opracowania odpowiednim kolegom, przygarniano chętnie każdą nową, chociażby najmłodszą, byle rokującą naukowego pracownika siłę. Nie zasklepiano się w klikę, lecz rozszerzano coraz bardziej koło jednej myśli. A duchem przewodnim był stale Hoyer. Surowy niejednokrotnie krytyk, wróg płytkości i reklamy, tą właśnie swoją krytyką wyrobił niejednego na sumiennego badacza. A ta praca zbiorowa »Gazety lekarskiej« stała się niezwykle korzystną dla naszej ojczystej nauki. Ona również pobudziła z biegiem czasu, że i około innych pism lekarskich wytworzyły się podobne koła młodych, pełnych zapału naukowego lekarzy i rozwinęła się szlachetna emulacya, której owocem było wzmnożenie sił i produkcyi naukowej.

I nasze Towarzystwo lekarskie z chwilą objęcia kierunku przez Hoyera zawrzało nowem życiem. Nowi członkowie, współpracownicy powyższych kół lekarskich, zaczęli wygłaszać odczyty o charakterze coraz bardziej naukowym. Dyskusye zaczęły również przybierać taki sam charakter, gdyż surowy prezes Hoyer, jako też jego następca, Brodowski, niedozwalali na tak zwane gawędziarstwo, gromiąc nieraz surowo nieścisłych prelegentów.

Tak więc w kraju przy wspólnych usiłowaniach ordynatorów szpitalnych, prasy lekarskiej i naszego Towarzystwa lekarskiego nauka nasza zaczęła się rozwijać coraz bardziej pomimo braku tego, co stanowi podstawową istotę rozwoju nauki, to jest braku swojej wyższej uczelni. Usiłowania zaciętych niszczycieli naszej kultury okazały się płonnemi i sądzę, że słusznie moglibyśmy odezwać się do nich słowami Galileusza: »E por si muove«.

Otóż i w tym rozwoju nauki i piśmiennictwa naszego byłem tylko jednem z ogniw wielkiego łańcucha pracowników około rozwoju naszej nauki. I w wytworzeniu instytucyi społecznej, wysoce doniosłej dla kraju, jaką jest Towarzystwo przeciwgruźlicze, odegrałem również tylko rolę pośrednią. Istotnym twórcą tego Towarzystwa był wielki nasz działacz społeczny, profesor Ignacy Baranowski. On to w roku 1900 na Zjeździe w Krakowie zadzwonił w wielki dzwon trwogi, skreśliwszy barwnie straszną plagę gruźlicy w naszem społeczeństwie, nawołując do walki z nią przez wytworzenie w pierwszej linii odpowiednich towarzystw. Ja byłem jedynie jednym z tych, którzy odczuli ten głos trwogi w swoich sercach i wspólnemi siły wytworzyli związek, który aczkolwiek i dziś jeszcze skromne ma rozmiary, jednakże, rozwijając się powoli, może w przyszłości utworzyć dla kraju instytucyę niezwykłej doniosłości społecznej.

Tem moi Kochani Koledzy i Szanowni Panowie kończę,

gdyż i tak za długo wyczerpywałem Waszą cierpliwość. Jeśli zaś z przemówień waszych wynikło, iż moją 40-letnią pracą przysłużyłem się naszemu społeczeństwu, to nie mniej pozostanie faktem, że w duszy mej zawsze i jeszcze raz zawsze nosiłem myśl pożytku sprawie publicznej. Za co spotkała mnie dziś od Was nad wyraz sowita nagroda, bo w jesiennym dniu życia mego ujrzałem promień jasnego słońca, za jaki uważam ofiarę serc Waszych dla mnie«.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie 17. i 18. lipca 1914 roku.

W myśl uchwał I. Zjazdu internistów polskich w Krakowie, po porozumieniu się wspólnem, zawiązało się Towarzystwo internistów polskich. Między innemi zadaniami celem tego Towarzystwa jest urządzanie zjazdów okresowych internistów polskich. Tymczasowy też zarząd Towarzystwa, do którego weszli koledzy: M. Franke, A. Gluziński, W. Pisek i J. Wiczkowski, wybrany, po porozumieniu się z kolegami z innych miast polskich, na razie przez kolegów internistów, zamieszkałych we Lwowie, postanowił urządzić II. Zjazd internistów polskich we Lwowie w 1914 r. w dniach 17. i 18 lipca. Na podstawie § 6 statutu T. I. P., by rozpocząć jak najprędzej prace przygotowawcze do najbliższego zjazdu, wybrano komitet gospodarczy miejscowy lwowski, w skład którego weszli koledzy: Rencki (przewodniczący), W. Ziembicki (zast. przew.), D. Ehrlich (skarbnik), A. Sabatowski (sekretarz), J. Grek i E. Wechsler (członkowie komitetu).

Stosownie do uchwały poprzedniego Zjazdu, oprócz zgłoszonych wykładów, będą rozpatrywane dwa następujące tematy główne:

1. Moczówka cukrowa (diabetes mellitus); referenci: kol. M. Jakowski (Warszawa) i kol. A. Landau (Warszawa).

2. Sztuczna odma piersiowa (pneumothorax artificialis) przy leczeniu gruźlicy płuc; referenci: kol. K. Dłuski (Zakopane) i kol. S. Sterling (Łódź).

Do Szanownych Kolegów zatem zwracamy się z uprzejmą prośbą o przygotowanie się do dyskusyi nad powyższymi dwoma tematami, jak niemniej o zgłaszanie samodzielnych wykładów i przystępowanie do Towarzystwa T. I. P.

Zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza l. 3, lub Prof. Dr A. Gluziński, Lwów, Klinika lekarska Uniwersytetu.

Zapraszając Szanownych Kolegów na Zjazd do Lwowa na rok 1914, podkreślamy jeszcze raz, że odbędzie się w dniach 17. i 18. lipca 1914 r.*).

Za Zarząd Towarzystwa internistów polskich
Sekretarz: M. Franke. Przewodniczący: A. Gluziński.

Bernard Bardenheuer.

Wspomnienie pośmiertne.

Z nielicznego już szeregu t. zw. starych mistrzów niemieckiej chirurgii ubył znowu jeden i to taki, którego imię znane było każdemu lekarzowi. Życie Bardenheuera stanowi dowód, że prawdziwy talent zawsze znajdzie swą właściwą drogę, choćby losy zrazu inaczej życiem pokierowały, Bardenheuer bowiem z początku był okulistą. Ukończywszy studya w Würzburgu i Berlinie, był pewien czas asystentem Buscha, chirurga w Bonn, poczem został asystentem kliniki okulistycznej w Heidelbergu. Pociągała go jednak zawsze chirurgia, zwłaszcza, że dyrektorem kliniki był wtedy w Bonn słynny Simon. Toteż wolne swe chwile poświęcał Bardenheuer chirurgii i asystował Simonowi przy jego pierwszej słynnej operacyi wycięcia nerki. Po kilku latach udał się Bardenheuer w podróż naukową, zwiedzając kliniki, a zwłaszcza bytność u Spencera Wellsa, który wtedy wykonał swe pierwsze owaryotomie, wywarła na nim ogromne wrażenie. W r. 1870 przybył do Kolonii i tu objął kierownictwo szpitala wojskowego. W r. 1872 rozpoczął Bardenheuer w Kolonii praktykę okulistyczną, ale wierny swemu zamiłowaniu prowadził równocześnie mały oddział chirurgiczny w jednym z klasztorów, a w r. 1874 objął po Fischerze szpital miejski i tu dopiero rozwinął swą znakomitą działalność chirurgiczną, stworzył szkołę, gromadził koło siebie rzesze lekarzy z dalekich stron i obdarzył chirurgię takiemi zdobyczami, jak n. p. podwiązywanie tętnicy bezimiennej, resekcya miednicy, wycinanie macicy; tu wreszcie wydał swe cenne prace z dziedziny chirurgii kości, zwłaszcza leczenia operacyjnego gruźlicy i złamań. W uznaniu wielkich zasług odznaczono też Bardenheuera po raz pierwszy w Niemczech tytułem profesora, choć nie pracował w klinice uniwersyteckiej. Z tego też czasu datują się jego sposoby amputacyi i resekcyi kiszki stolcowej przy raku po przepiłowaniu kości krzyżowej, wycinania nerek, wycinania krtani, przyszycia śledziony i wiele innych. Leczenie złamań wyciągiem, podane przez Bardenheuera, nazwał Bergmann wielkim czynem i dobrodziejstwem dla chirurgii. Przed dwoma laty z powodu cierpienia sterczu i nerek usunął się Bardenheuer od praktyki, ale pracował dalej naukowo. Brał udział w założeniu Akademii medycyny praktycznej w Kolonii i był też pierwszym jej profesorem. Charakter jego najlepiej maluje się w następującem. Mimo, że sam głównie wykształcił operacyjne leczenie gruźlicy kości, słysząc o wynikach leczenia słońcem u Rolliera w Leysin, udał się tam, a poznawszy rzecz, zmienił zapatrywanie, a nawet, co dowodzi już chyba wielkiego poczucia prawdy, sam ogłosił w swych pracach, że resekcye wykonywano dotąd nieraz bezpotrzebnie, bo są i inne skuteczne sposoby leczenia. Był wzorem pracowitości. O 6. rano rozpoczynał już operować; każdego chorego w szpitalu musiał codzień widzieć, a gdy chodziło o ciężki przypadek, bywał i po kilka razy dziennie w szpitalu. Dla swych asystentów serdeczny i ojcowski, nietylko nigdy im powodzenia nie zazdrościł, ale cieszył się nieraz, jak dziecko, gdy uczeń jego osiągnął wybitne stanowisko, dbał też bardzo o swoich współpracowników, a w rozmowach wyliczał z dumą ważne posterunki, jakie zajęli jego uczniowie. Nic też dziwnego, że stworzyć mógł szkołę, bo uczniowie jego i współpracownicy serdecznie doń się przywiązywali. Dawali też temu nieraz wyraz. Jak się wyraził jeden z jego współpracowników, upatrywał Bardenheuer całe swe szczęście życia w pracy i wykonywaniu obowiązków, których spełnianie uważał nie za trud, lecz za nagrodę życia. Dr A. Klęsk.

*) Do wiadomości Szanownych Kolegów podajemy zarazem, że tuż po Zjeździe T. I. P. odbędzie się w dniach 20, 21, i 22. lipca I. Zjazd higienistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. XII. b. r. posiedzenie, na którem kol. Dr Steuermark wygłosił odczyt p. t. »Nowe metody leczenia raka zapomocą promieni Röntgena«. W dyskusyi przemawiali kol. prof. Kader, Zubrzycki, Hladij, Schlank, prof. Cybulski, doc. Koźniewski, doc. Seńkowski, prof. Rosner i Steuermark.

— Pomnik, którym gmina m. Krakowa uczci pamięć Henryka Jordana, ma być wktótce gotów. Popiersie Jordana według

projektu art. rzeźbiarza Szczepkowskiego odlewa fabryka br. Łopieńskich w Warszawie.

— Dzienniki ogłaszają następującą wiadomość: »Ponieważ utworzone na dworcach kolejowych wiedeńskich stacye opieki nad chorymi gruźliczymi okazały się praktyczne, ministerstwo kolejowe utworzy takie stacye opieki w Insbruku, Salzburgu, Lincu i Krakowie. W Krakowie obejmie kierownictwo tej stacyi b. asystent kliniki Dr Łapiński«.

— Wakuje posada lekarza przy rządowej fabryce tytoniu w Monasterzyskach z płacą 1600 K rocznie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. XI. do 8. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (obcych 5 † —), krztuśca 5 † — (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 9 † 1 (1 † —), odry 47 † 2 (— † —), duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (— † —), róży 2.
Dr Janiszewski.

Warszawa. II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego odbędzie się w Lublinie w r. 1914. W roku tym obchodzić będzie Towarzystwo lekarskie lubelskie 40-lecie swej pracy.

— Dr Mikołajowi Rejchmanowi poświęciła »Medycyna i Kronika lekarska« osobny zeszyt, ozdobiony portretem Jubilata. Na czele tego zeszytu znajduje się życiorys i charakterystyka działalności Jubilata, skreślona piórem Dr Józefa Zawadzkiego, a cały zeszyt wypełniają prace z zakresu chorób narządu trawienia.

— Na uroczystem dorocznem Zebraniu Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 25. XI. wygłosi wykład p. Curie-Skłodowska.

— Dzienniki petersburskie donoszą, że narada, powołana do rewizyi ustawodawstwa lekarsko-sanitarnego, obliczyła, iż w Królestwie jest 347 szpitali z 10.379 łóżkami. Lekarzy Królestwo liczy 1.965, z których tylko 357 pracuje dla ludności wiejskiej. Narada doszła do wniosku, iż potrzeba w Królestwie 369 lekarzy miejskich, 1.320 »okręgowych«, 56 okulistów, 89 akuszerek, 364 dentystów. Co do łóżek zaś w szpitalach, to potrzeba powiększenia ich liczby przynajmniej do 15.350.

— Większość magistratów miejskich w gubernii warszawskiej postarała się w ministerstwie spraw wewnętrznych o podwyższenie pensyi lekarzy miejskich z dotychczasowych 200—300 rb. rocznie na 1200 rb. — Płace ordynatorów w szpitalach miejskich w Warszawie, dotychczas niesłychanie nizkie, podwojono.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie przeprowadza w Częstochowie studya wstępne do budowy kąpieli i gospody dla pątników, na który to cel p. Kierbedziowa z Warszawy ofiarowała, jak wiadomo, ćwierć miliona rubli.

Poznań. Dzienniki donoszą, że hr. Potocka z Będlewa postanowiła w Junikowie pod Poznaniem ufundować sanatoryum dla ubogich dzieci polskich.

Z różnych stron. Tegoroczną nagrodę Nobla z zakresu medycyny otrzymał fizyolog prof. Richet z Paryża.

Mianowani: prof. Steyer z Gryfii profesorem medycyny wewn. w Innsbrucku; prof. Windaus z Fryburga profesorem chemii lek. w Innsbrucku; Dr Henderson profesorem med. wewn. w Glasgowie.

Zmarli: emer. prof. anatomii patol. Dr E. Klebs w Bernie w 80 r. ż.; patolog prof. Ponfick we Wrocławiu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Godlewskiego: Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 17 listopada 1913 o g. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Kilka uwag o nowej ustawie z d. 14. VI. 1913, mającej na celu tłumienie chorób zakaźnych, kol. Dr Czyżewicz. 3) Omówienie spraw zawodowych bieżących.

Biuro Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.
Sekretarz: Dr W. Orłowski. Przewodniczący: Dr W. Czyżewicz.

Nadesłane.

Kursa dla lekarzy

urządzone staraniem grona prymaryuszy Szpitala powszechnego **we Lwowie** w czasie **od dnia 11. do 30. grudnia b. r.**

Grono prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie, uznając wielokrotnie stwierdzoną potrzebę kursów uzupełniających dla lekarzy, powzięło myśl urządzenia takich kursów w roku bieżącym. Całość podzielono na poszczególne grupy, jak następuje:

Grupa I. Medycyna wewnętrzna, chor. układu nerwowego, choroby dzieci: 1) Prym. prof. dr. Wiczkowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wewn. 2) Prym. dr Ziembicki Witold: a) Teorya i praktyka w nauce o wydzielaniu wewnętrznem; b) Dyagnostyka pomocnicza przy łóżku chorego (z ćwiczeniami w badaniu krwi, wysięków, wydalin i wydzielin). 3) Prym. doc. dr Orzechowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerwowych. 4) Dr Begleiter: Ćwiczenia z zakresu rzeczoznawstwa w przypadkach nerwic urazowych. 5) Prym. dr Czarnik: Nowsze zapatrywania na etyologię i leczenie przewodu pokarmowego u osesków. 6) Dr Quest: a) O drgawkach u dzieci; b) Skaza wysiękowa, zołzy i gruźlica; c) O nadmiernem i niedostatecznem karmieniu u dzieci; d) O nowszych prądach w leczeniu płonicy.

Grupa II. Chirurgia i położnictwo: 1) Prym. prof. dr Ziembicki Grzegorz: Ćwiczenia w chirurgii nagłej. 2) Prym. prof. dr Schramm: Leczenie następstw porażenia dziecięcego. 3) Prym. prof. dr Sołowij: a) Leczenie gorączki połogowej; b) Nowsze kierunki w postępowaniu położniczem.

Grupa III. Okulistyka i otyatrya. 1) Prym. prof. dr Machek: Terapia chorób ocznych (z demonstracyami). 2) Prof. dr Bednarski: Rozpoznawanie i leczenie chorób spojówki i rogówki u dzieci. 3) Dr Toczyski: Leczenie jaglicy lekami, sposobami mechanicznymi i operacyjnymi (z przedst. chorych). 4) Dr Spalke: a) Badanie i leczenie chorób uszu z praktycznemi ćwiczeniami na chorych ambulatoryjnych; b) Narząd słuchowy w ostrych chorobach zakaźnych. 5) Dr Berlstein: Ćwiczenia praktyczne w badaniu błędnika ze wskazówkami rozpoznawczemi.

Grupa IV. Choroby skórne, weneryczne i urologia: 1) Prym. dr Lenartowicz: Bakteryologia i serologia w zastosowaniu do chorób wenerycznych. 2) Prym. dr Świątkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. 3) Dr Leńko: Zwięzłe omówienie najważniejszych działów chirurgicznej urologii z pokazami i ćwiczeniami prakt.

Grupa V. Pracownia chemiczno-bakt. i rentgenologiczna. 1) Doc. dr Hołobut: Ćwiczenia w pracowni chemiczno-bakteryol. 2) Dr Sabat: Rentgenologiczne badanie przewodu pokarmowego.

Nadto, w dniu wolnym od wykładów (niedziela 14. grudnia), odbędzie się zwiedzenie Krajowego Zakładu dla chorób zakaźnych z przedstawieniem urządzenia i materyału klinicznego (Prym. dr Arnold i dr Aleksiewicz).— Czesne za udział w kursach z prawem dowolnego wyboru wykładów i bez względu na ilość godzin wynosi kor. 30. Zgłoszenia należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20. listopada na ręce Dyrekcyi Szpitala krajowego we Lwowie (Dyr. dr Józef Starzewski).

Phenacodin. Dr Bruck, Berlin. (Klin. therap. Woch. 39. 1913) Opierając się o uporczywe przypadki bólów głowy na tle nerwowem, stwardnienia tętnic i błednicy, nie ulegające poprawie pod wpływem innych leków, poleca autor phenacodinę (w ilości 2—3 kołaczyków podczas napadu), któryto przetwór oddawał mu znakomite usługi. Ll. W.